

BETÆNKNING
OM
DEN OFFENTLIGE
SYGEFORSIKRING

AFGIVET AF
SYGEFORSIKRINGSKOMMISSIONEN
AF 1954



BETÆNKNING NR. 226

1959

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1

Indledning

I. Kommissionens nedsættelse og dens sammensætning.....	17
1. Hovedkommissionen.....	17
2. Underudvalg.....	19
3. Antal møder.....	20
II. Indledende oversigt over de af kommissionen behandlede spørgsmål.....	20

Kapitel 2

Den historiske udvikling i hovedtræk

I. Før midten af 1800-tallet.....	23
II. De første frivillige, private sygekasser m.m.....	23
III. Sygekasseloven af 1892.....	23
A. Støtte fra det offentlige.....	24
B. Optagelsesbetingelser.....	24
C. Ydelser.....	24
D. Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m.m.....	25
E. Begravelseskasser.....	25
IV. Sygekasseloven af 1915.....	25
A. Støtte fra det offentlige.....	25
B. Optagelsesbetingelser.....	25

C	Ydelser.....	25
D	Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m. m.....	26
E	Forsikring for bemidlede.....	26
V.	<i>Lovændring af 1921.....</i>	26
A	Støtte fra det offentlige.....	26
B	Optagelsesbetingelser.....	26
C	Ydelser.....	27
D	Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m. m.....	27
VI.	<i>Lovændring af 1927.....</i>	27
A	Støtte fra det offentlige.....	27
B	Optagelsesbetingelser.....	27
VII.	<i>Lovændring af 1929 om forsikringen for bemidlede.....</i>	27
VIII.	<i>Ændringslov af 1930 om sygekasse grænsen.....</i>	28
IX.	<i>Folkeforsikringsloven af 1933 med senere ændringer.....</i>	28
A	Støtte fra det offentlige.....	28
B	Optagelsesbetingelser.....	29
C	Ydelser.....	29
D	Pligtigt bidragydende medlemsskab m. m.....	29
E	Statsbanepersonalets sygekasse.....	30
F	Fortsættelsesygekasserne.....	30
X.	<i>Afsluttende bemærkninger.....</i>	30

Kapitel 3

De gældende regler om hjælp under sygdom m. m.

I.	<i>Den offentlige sygeforsikring.....</i>	31
A	Forsikringens organisation.....	31

B.	Optagelse i forsikringen.....	32
1.	Betingelser for optagelse i sygekasse.....	32
a)	Økonomiske betingelser.....	32
b)	Aldersbetingelser.....	32
c)	Helbreds­betingelser.....	32
2.	Betingelser for optagelse i fortsættelsessygekasse.....	32
a)	Økonomiske betingelser.....	33
b)	Aldersbetingelser.....	33
c)	Helbreds­betingelser.....	33
3.	Ventetid ved optagelse.....	33
4.	Overflytning mellem de to systemer.....	33
5.	Fremgangsmåden ved indmeldelse.....	33
6.	Udlændinges rettigheder.....	33
7.	Sygeforsikringens frivillige karakter. Det bidragydende medlemsskab.....	33
8.	Dobbeltforsikring.....	34
9.	Sammenhæng med invalideforsikringen.....	34
10.	Sammenhæng med retten til indtægtsbestemt folkepension.....	34
11.	Udmeldelse af sygeforsikringen.....	34
C.	Forsikringens finansiering.....	35
1.	Kontingentets størrelse.....	35
2.	Kontingentrestance.....	35
3.	Kontingenthjælp fra kommunen.....	35
D.	Flytteregler.....	35
E.	Sygeforsikring under ophold i udlandet.....	35
F.	Sygeforsikringens ydelser.....	36
1.	Sygekasserne.....	36
2.	Fortsættelsessygekasserne.....	36
G.	Varigheden af sygeforsikringens ydelser. Fortsat sygekassehjælp.....	36
1.	Sygekasserne.....	36
2.	Fortsættelsessygekasserne.....	37
H.	Klageadgangen.....	37
II.	<i>Andre former for hjælp under sygdom m.v.</i>	37
A.	Sygehjælp til personer, der ikke er medlemmer af den offentlige sygeforsikring eller i øvrigt ikke kan få hjælp fra denne.....	37
B.	Husmoderafløsning.....	38
C.	Sundhedsfremmende foranstaltninger.....	38

D. Sygehustaksterne.....	38
III. <i>Statistiske oplysninger om den offentlige sygeforsikrings udbredelse og det offentliges støtte til den m. v.</i>	39

Kapitel 4

Nogle udenlandske sygeforsikringsordninger

I. <i>Sverige</i>	42
A. Den historiske udvikling.....	42
B. Den nuværende ordnings hovedprincipper.....	43
C. Forsikringens organisation.....	44
D. Finansiering.....	45
II. <i>Norge</i>	45
A. Den historiske udvikling.....	45
B. Den nuværende ordnings hovedprincipper.....	45
C. Forsikringens organisation.....	46
D. Finansiering.....	46
III. <i>England</i>	47
A. Den historiske udvikling.....	47
B. Den nuværende ordnings hovedprincipper.....	48
C. Finansiering.....	49

Kapitel 5

Statens eller kommunernes overtagelse af sygeforsikringen

I. <i>Indledende bemærkninger</i>	51
A. Udviklingen af det offentliges virksomhed inden for sygeforsikringen og på andre beslægtede områder.....	51
1. Sygekasserne.....	51
2. Profylakse og andre almindelige sundhedsmæssige foranstaltninger.....	52

3. Sygehusene	52
4. Den offentlige forsorg m. m.	52
B. De nuværende forhold	53
C. Udenlandske ordninger	53
D. Betænkningen Social Sikring i Sygdomstilfælde	54
II. <i>Kommissionens drøftelser om en statsordning</i>	54
III. <i>Kommissionens drøftelser om en kommunal ordning</i>	55
IV. <i>Konklusion</i>	56

Kapitel 6

Frivillig eller tvungen ordning

I. <i>Indledende bemærkninger</i>	58
A. Forskellige hovedprincipper for en sygeforsikringsordning	58
1. Frivillige systemer	58
2. Tvungne systemer	58
B. Den gældende danske ordning	58
1. Det nydende medlemsskab	58
2. Det bidragydende medlemsskab	59
3. Begrundelsen for pligt til bidragydende medlemsskab	59
C. Andre landes ordninger	59
D. Eksempel på den tekniske udformning af en tvungen sygeforsikrings regler om medlemsskab, kontingentopkrævning m. v. (Sverige)	60
1. Personer omfattet af forsikringspligten	60
2. Indtræden i forsikringen	60
3. Kontingentets størrelse	61
4. Indkrævning af kontingentet	61
E. Sammenhængen med sygekassegrænsespørgsmålet	61
II. <i>Kommissionens drøftelser</i>	62
A. Foreliggende forslag	62
B. Argumenter for en tvungen ordning	62
C. Argumenter for en frivillig ordning	62

D. Konklusion	64
E. Mindretalsforslag med skitse til en frivillig ordning under et andet system end det nuværende	65

Kapitel 7

Helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i den offentlige sygeforsikring. Begrænsningen i varigheden af sygeforsikringens ydelser

I. <i>Helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i sygeforsikringen.</i>	67
A. Gældende regler	67
1. Sygekasserne	67
a) Helbreds- og aldersbetingelser	67
b) Aldersbetingelser	68
c) Det pligtige bidragydende medlemsskabs betydning for helbreds- og aldersbetingelser	68
2. Fortsættelsessygekasserne	68
a) Helbreds- og aldersbetingelser	68
b) Aldersbetingelser	68
c) Overflytning fra sygekasser	68
B. Kommissionens drøftelser	68
C. Skitse til et automatisk bidragydende medlemsskab	70
D. Aldersgrænse for børns dækning gennem forældrenes forsikring og for børns direkte medlemsskab	71
E. Økonomiske virkninger af forslaget om ophævelse af helbreds- og aldersbetingelserne	72
1. Ophævelse af det særlige statstilskud for medlemmer indmeldt efter det 40. år	72
2. Ophævelse af det særlige tilskud for medlemmer med vedtegning om kronisk sygdom	72
3. Optagelse af personer, som ikke hidtil har kunnet optages på grund af helbreds- og aldersbetingelserne	72
4. Merindtægt ved forhøjelse af kontingentet for bidragydende medlemmer	73
F. Mindretalsudtalelser	73
II. <i>Begrænsningen i varigheden af sygeforsikringens ydelser.</i>	74
A. Gældende regler	74
1. Sygekasserne	74
2. Fortsættelsessygekasserne	75
B. Kommissionens drøftelser	75

C. De økonomiske virkninger af, at varighedsbegrænsningen ophæves.	75
III. <i>Det fremtidige område for offentlig hjælp i anledning af sygdom.</i>	76
A. Sygehjælp efter forsorgsloven m. m.	76
B. Kontingenthjælp.	77
IV. <i>Resumé.</i>	77
A. Helbreds- og aldersbetingelserne.	77
B. Varighedsbegrænsningen af ydelserne.	77
C. Økonomiske konsekvenser af kommissionens forslag	77
1. Sygekassernes udgifter.	77
2. Offentlige tilskud.	78
3. Merindtægt ved bidragydende medlemsskab.	78
4. Sammenfatning.	78
V. <i>Eventuelle særregler for personer under institutionsfor sorg m. m.</i>	78

Kapitel 8

Sygekassegrænsen

I. <i>Historisk redegørelse.</i>	80
II. <i>Nuværende grænse og dens betydning for retten til medlemsskab i sygekasserne.</i>	83
A. Lovregler om grænsens fastsættelse	83
B. Den nugældende grænse.	83
C. Hvor stor bruttoindkomst svarer til sygekassegrænsen	83
D. Udviklingen i forskellen mellem bruttoindkomst og skattepligtig indkomst fra 1933 til 1958.	84
E. Hvor mange opfylder de økonomiske betingelser for nydende medlemsskab i sygekasserne.	84
F. Det faktiske antal nydende medlemmer i forhold til antallet af berettigede.	87
III. <i>Anvendelsen af indtægts grænsen på andre områder af lovgivningen end sygeforsikringen</i>	88
IV. <i>De nuværende sygeforsikringsmæssige konsekvenser af, at der findes en sygekassegrænse</i>	89
A. Sygeforsikringen for ubemidlede.	89
B. Sygeforsikringen for bemidlede.	91

C.	Sammenfatning	91
1.	Forskel på ydelserne	91
2.	Forskel med hensyn til byrdefordelingen	92
3.	Konklusioner af foranstående	92
V.	<i>Kommissionens drøftelser om eventuel ophævelse af sygekasse grænsen</i>	92
A.	Argumenter for at ophæve sygekassegrænsen	93
B.	Argumenter for opretholdelse af en sygekassegrænse	94
C.	Udformning af en ordning uden sygekassegrænse	96
D.	Konklusion	97
VI.	<i>Kommissionens drøftelser om sygekasse grænsens placering</i>	97
A.	Indtægtsgrænsen	97
1.	Generel sænkning af indtægtsgrænsen	98
2.	Sænkning af indtægtsgrænsen specielt for enlige	100
B.	Børnetillægget	102
1.	Børnetillæggets størrelse	102
2.	Aldersgrænse for børnetillæg til indtægtsgrænsen	104
C.	Formuegrænsen	104
VII.	<i>Mindretalsudtalelser</i>	106
VIII.	<i>Resumé</i>	109

Kapitel 9

Administrative og organisatoriske spørgsmål

I.	<i>Oversigt over den offentlige sygeforsikrings administrative opbygning</i>	111
A.	Forsikringen for ubemidlede	111
1.	Sygekasserne	111
a)	Sygekassernes bestyrelser	112
b)	Sygekassernes generalforsamlinger	112
c)	Sygekassernes repræsentantskab	112
d)	Forskellige kompetenceforhold	112
2.	Direktoratet for sygekassevæsenet	113
3.	Sygekassenævnet	113
4.	Voldgiftsrådet for sygekasser og læger	114
5.	Centralforeningerne	114

B.	Forsikringen for bemidlede.....	114
1.	Statskontrollerede sygeforeninger (fortsættelsesygekasser).....	114
2.	Samvirksomheden.....	115
3.	Afdelinger for bemidlede i statsanerkendte sygekasser.....	115
C.	Statsbanepersonalets sygekasse.....	115
1.	Medlemskreds.....	115
2.	Sygekassens område.....	116
3.	Medlemskontingent.....	116
4.	Lægeordning.....	116
5.	Andre ydelser end lægehjælp.....	116
6.	Organisatoriske forhold.....	116
7.	Forholdet mellem Statsbanepersonalets sygekasse og den øvrige offentlige syge- forsikring.....	116
8.	Statstilskud.....	116
9.	Offentligt tilsyn.....	117
10.	Sygekassens størrelse.....	117
II.	<i>Sammenlægning af sygekasser.....</i>	117
III.	<i>Samordningsproblemet.....</i>	118
A.	Det lokale samarbejde.....	118
1.	Samvirke mellem sygekasser og kommuner.....	118
2.	Spørgsmålet om eventuel oprettelse af amtsudvalg.....	119
B.	Den centrale administration.....	120
1.	Spørgsmålet om en eventuel oprettelse af et centralt samarbejdsudvalg.....	120
2.	Ophævelse af sygekassenævnet.....	121
IV.	<i>Afdelinger for bemidlede, nydende medlemmer.....</i>	122
1.	Ophævelse af fortsættelsesygekasserne.....	122
2.	De statsanerkendte sygekassers fremtidige inddeling med 3 medlemsgrupper ...	123
3.	Udligningsordning for B-medlemmer.....	123
4.	Begrundelse for forslaget.....	123
5.	Lovmæssige og vedtægtsmæssige konsekvenser af forslaget.....	124
6.	Enkeltheder om den administrative organisation af nyordningen.....	125
a)	Regnskabsvæsen i sygekasserne.....	125
b)	Kontingentets beregning.....	125
c)	Administrationsgodtgørelse til sygekasserne for B-medlemmerne.....	125
d)	Afregning med centralforeningen.....	125
e)	Centralforeningens udligningsordning.....	125
f)	Oprettelse af afdelingerne for B-medlemmerne.....	125

7. Økonomiske konsekvenser af forslaget	125
8. Kommissionens drøftelser	126
V. <i>Kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse</i>	127
VI. <i>Sygekassernes administration</i>	129
VII. <i>Resumé</i>	130

Kapitel 10

Sygeforsikringens finansiering

I. Oversigt over udgifterne til sygebehandling m. m.	132
A. Udgifter, der afholdes gennem syge- og fortsættelsessygekasser	132
B. Offentlige udgifter til læge-, jordemoder- og sygehusvæsen samt det offentlige sundhedsvæsen	132
C. Udgifter, befolkningen privat har afholdt uden for de offentlige sygeforsikringer	132
D. Udgifter til lovpligtig ulykkesforsikring	133
E. Sammenfatning	133
II. Særlige bemærkninger om sygehustaksterne	133
III. Sygeforsikringens økonomiske forhold	134
A. Sygekassernes og fortsættelsessygekassernes udgifter og indtægter	134
B. Kontingentet for sygekassernes nydende medlemmer	135
1. Fastsættelse og opkrævning	135
2. Kontingentsystemet i Sverige, Norge og England	135
a) Sverige	135
b) Norge	136
c) England	136
3. Kommissionens drøftelser om kontingentets fastsættelse og opkrævning	136
a) Kontingent for nydende medlemmer	136
b) Kontingent for bidragydende medlemmer	137
4. Særkontingent eller kontingentfritagelse i stedet for kontingenthjælp	137
C. Statstilskud og andre offentlige tilskud	138

1. Nuværende regler.....	138
2. De offentlige tilskuds betydning.....	138
3. Forslag om ændring af tilskudsreglerne.....	139

Kapitel 11

Sygeforsikringens ydelser

I. <i>Indledende bemærkninger.....</i>	141
II. <i>Gældende regler og tidvalgets drøftelser.....</i>	141
A. Lægehjælp.....	141
1. Almindelig lægehjælp.....	141
2. Speciallægehjælp.....	143
B. Sygehusbehandling.....	145
C. Medicinhjælp.....	147
D. Hjemmesygepleje.....	148
E. Husmoderafløsning.....	149
F. Hjælp i anledning af fødsel.....	150
G. Begravelseshjælp.....	151
H. Tandpleje.....	151
J. Ophold på rekonvalescenthjem.....	152
K. Massage og bade.....	153
L. Brilller.....	154
M. Bandager og andre hjælpemidler.....	154
III. <i>Afslutning af overenskomster mellem syge- og fortsættelsessygekasser og organisationer af læger, tandlæger m.fl.....</i>	155
IV. <i>Spørgsmål om sygekasserefusion af udgifter ved ophold på nogle af mødrehjælpens hjem</i>	156
V. <i>Hovedkommissionens drøftelser.....</i>	156
A. Vedrørende de enkelte ydelser.....	156
B. Vedrørende omorganisering af voldgiftsrådet for sygekasser og læger.....	157

Kapitel 12

Fribefordring

I. Indledende bemærkninger.....	159
II. Underudvalgets forslag til ændrede regler om fri befordring af nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser.....	161
1. Lovtekst.....	161
2. Bemærkninger til lovforslaget.....	163
III. Refusion af kommunernes udgifter til fri befordring.....	179
IV. Spørgsmålet om ydelse af fri befordring til andre end nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser.....	181
V. Hovedkommissionens drøftelser.....	182

Kapitel 13

Dagpengehjælp i sygdomstilfælde

I. Indledende bemærkninger.....	184
A. Sygedagpenge fra anerkendt sygekasse eller fra fortsættelsessygekasse.....	184
B. Understøttelseskasser, 100-mandsforeninger og lokale virksomhedsordninger.....	185
C. Private forsikringselskaber.....	185
D. Ordninger, som hviler på kollektive overenskomster.....	185
E. Hovedorganisationernes sygelønsordning.....	185
F. Sygelønsordninger, indrettet efter hovedorganisationernes sygelønsordning.....	186
G. Tjenestemænd, funktionærer, medhjælpere m. fl.....	186
H. Sammendrag.....	187
II. Dagpengespørgsmalets betydning for forskellige befolkningsgrupper.....	187
A. Lovhjemlet sygeløn.....	187
B. Pensionister m. v.....	188
C. Husmødre.....	188

D. Selvstændige næringsdrivende.....	188
E. Lønarbejdere.....	188
III. <i>Hvem skal hjælpen omfatte</i>	189
IV. <i>Spørgsmålet om dagpengeoraningens tilknytning til sygekasserne</i>	190
V. <i>Personer, der har beskæftigelse dels som lønarbejdere, dels som selvstændige</i>	191
VI. <i>Principperne for en dagpengehjælp; hjælpens størrelse og tidsmæssige udstrækning</i>	192
A. Principperne for en dagpengehjælp.....	192
1. Lønarbejdere (forslag I).....	192
2. Andre befolkningsgrupper (forslag I).....	192
B. Dagpengehjælpens størrelse.....	193
1. Lønarbejdere (forslag I).....	193
2. Andre befolkningsgrupper (forslag II).....	195
C. Dagpengehjælpens tidsmæssige udstrækning.....	196
1. Lønarbejdere (forslag I).....	196
2. Andre befolkningsgrupper (forslag II).....	197
D. Barseldagpenge.....	197
1. Gældende regler.....	197
2. Udvalgets forslag.....	197
VII. <i>Kontrolsystemet</i>	197
A. Urigtige oplysninger eller fortielser om indtægts- eller beskæftigelsesforhold	198
B. Urigtige oplysninger om arbejdsudygtighed.....	198
C. Undladelse af raskmelding.....	199
D. Selvforvoldt sygdom.....	199
VIII. <i>Finansiering</i>	199
A. Forslag I.....	199
B. Forslag II.....	200
C. Udgiftsberegning.....	200
D. Budgetopstilling.....	201
E. Reguleringsproblemer.....	202

IX. Administration	202
A. Opkrævning af bidragene.....	202
B. Administration af dagpenge.....	203
X. Udkast til lovforslag	204
A. Forslag til lov om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde (forslag I).....	204
1. Lovtekst.....	204
2. Bemærkninger til lovforslaget.....	208
B. Forslag til ændring af folkeforsikringsloven med henblik på ydelse af dagpenge (forslag II).....	218
1. Lovtekst.....	218
2. Bemærkninger til lovforslaget.....	220
XI. Bilag til underudvalgets betænkning	225
A. Beregning af udgifterne ved forslag I.....	225
B. Udtalelse om barselhvile.....	226
XII. Hovedkommissionens drøftelser	226

Kapitel 14

<i>Res/mé</i>	229
---------------------	-----

Bilag

Bilag 1. Oversigt over udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt	234
2. Skrivelse af 7. april 1959 fra Landsforeningen for Evnesvages Vel.....	241
3. Skrivelse af 13. april 1955 fra Danske Kvinders Nationalråd m. fl.....	242
- 4. Skrivelse af 2. oktober 1957 fra Dansk Kvindesamfund.....	243
- 5. Skrivelse af 24. februar 1958 fra Landsforeningen Ring i Ring.....	249
- 6. Skrivelse af 27. april 1958 fra Landsforeningen Ring i Ring.....	250
7. Skrivelse af 27. juni 1959 fra Dansk Tandlægeforening.....	252

KAPITEL 1

Indledning

I. KOMMISSIONENS NEDSÆTTELSE OG DENS SAMMENSÆTNING

1. Hovedkommissionen

Sygeforsikringskommissionen af 1954 blev nedsat ved *socialministeriets skrivelse af 28. maj 1954*, hvori ministeriet udtalte følgende:

»Som bekendt indeholdes reglerne om den offentlige sygeforsikring i folkeforsikringsloven af 20. maj 1933. I den siden vedtagelsen af denne lov forløbne tid er der foretaget en del ændringer i de pågældende regler, således bl. a. ved lov nr. 252 af 30. maj 1940 (om det bidragydende medlemsskab), ved lov nr. 231 af 25. maj 1951 (om de statsanerkendte sygekassers medicinydelse) og ved lov nr. 81 af 31. marts 1953 (om begravelseshjælpen).

Der har imidlertid gennem årene såvel i dagspressen og faglige tidsskrifter som under debatter på rigsdagen om den sociale lovgivning og i henvendelser til regering og rigsdag eller til socialministeriet fra organisationer af sygekasser, læger m. fl. været rejst spørgsmål om en række andre ændringer i sygekasselovgivningen, deraf flere af betydelig rækkevidde, f. eks. om ændring i de økonomiske betingelser for medlemsskab, i de for medlemsskab gældende helbreds- og aldersbetingelser og i regler om sygekassernes ydelser, herunder dagpengene. Endvidere kan

det nævnes, at der har været rejst spørgsmål om en forenkling af sygekassernes administration og om ændring i reglerne om fribefordring.

Under hensyn hertil har regeringen besluttet at nedsætte en kommission til behandling af de foreliggende problemer inden for sygeforsikringen.

Man har ment det hensigtsmæssigt, at der i denne kommission foruden repræsentanter for de interesserede styrelser og institutioner findes repræsentanter for de i folketingets finansudvalg repræsenterede partier og de kommunale organisationer samt for de interesserede organisationer, der skal have adgang til umiddelbart i kommissionen at fremsætte deres ønsker«.

Ved denne betænkning's afgivelse består kommissionen af følgende *medlemmer*:

Kontorchef i socialministeriet *P. fuhl-Christensen*, formand.

Folketingsmedlem *Niels Mørk* (Socialdemokratiet).

Folketingsmedlem *førgen Krogh* (Venstre).

Folketingsmedlem, landsretssagfører *Erik Ninn-Hansen* (Det konservative Folkeparti).

Redaktør *fobs. Christiansen* (Det radikale Venstre).

Folketingsmedlem fru *Ayoë Herbøl* (Danmarks Retsforbund).
 Afdelingschef i finansministeriet *Sv. Aistrup*.
 Departementschef i indenrigsministeriet */ H. Zeutben*.
 Medicinaldirektør, dr. med. *Jobs. Frandsen* (sundhedsstyrelsen).
 Dr. med. *K. H. Backer* (sundhedsstyrelsen).
 Direktør for sygekassevæsenet *Alice Bruun*.
 Formanden for invalideforsikringsretten *F. M. Hartmann*.
 Folketingsmedlem, rådmand fru *Edel Saunte* (Københavns magistrat).
 Landsformand *P. Friis Olsen* (De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark).
 Skoleinspektør *Jobs. W. Jørgensen* (De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark).
 Forretningsfører *H. C. Hansen* (De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark).
 Fhv. borgmester *P. J. Pedersen* (De samvirkende statskontrollerede fortsættelsesygekasser i Danmark).
 Læge *C barles Jacobsen* (Den almindelige danske Lægeforening).
 Læge */ Riising*, Otterup (Den almindelige danske Lægeforening).
 Administrationschef *P. Stochholm* (Sygehusforeningen i Danmark).
 Amdsrådsmedlem, gårdejer *Niels Hansen*, Marbjerg, (Amdsrådsforeningen i Danmark).
 Sognerådsformand *Godtjred Knudsen*, Holsted (De samvirkende sognerådsforeninger i Danmark).
 Borgmester *Wold hårdt Madsen* (Den danske Købstadsforening).
 Sygehusinspektør *H. C. Larsen*, Grindsted (Bymæssige kommuner).
 Rådmand *Chr. Nielsen*, Århus (Sammenslutningen af købstædernes sociale udvalg).
 Sekretær *Carl P. Jensen*, (Landsorganisationen i Danmark, De samvirkende fagforbund).
 Direktør *W. Elmquist* (Dansk Arbejdsgiverforening).

Direktør for socialforskningsinstituttet, tidligere statsvidenskabelig konsulent i socialministeriet *H. Friis*.

Efter kommissionens sidste møde, men før betænkningens afgivelse, er læge *Tyge Krarup*, Odense (Den almindelige danske Lægeforening) afgået ved døden.

Som sekretær for kommissionen har været beskikket fuldmægtig i socialministeriet *H. Kold by Nielsen*.

Siden kommissionens medlemmer beskikkedes, er dens sammensætning forandret på følgende måde:

I forbindelse med den departementschef i socialministeriet *H. H. Koch* efter begæring meddelte tjenestefrihed fritog socialministeriet ved skrivelse af 1. september 1956 departementschefen for hvervet som formand for kommissionen, og konstitueret departementschef, senere kontorchef i socialministeriet *P. Juhl-Christensen* beskikkedes som formand.

Under kommissionens arbejde er af de oprindelige medlemmer retsformand *P. Ryyd* (invalideforsikringsretten) og landsformand *Ernst Larsen* (De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark) afgået ved døden. Endvidere er folketingsmedlem *Jørgen Jørgensen*, Ullerup (Det konservative Folkeparti), kontorchef i finansministeriet *L. Frederiksen*, sognerådsformand, gårdejer *Hans Qvotrup* (De samvirkende sognerådsforeninger) og sognerådsformand *C. Dahl* (Bymæssige kommuner) udtrådt af kommissionen. I stedet er i denne indtrådt retsformand *M. Hartmann*, skoleinspektør *Jobs. W. Jørgensen*, folketingsmedlem, landsrets-sagfører *Erik Ninn-Hansen*, afdelingschef *Sv. Aistrup*, sognerådsformand *Godtfred Knudsen* og sygehusinspektør *H. C. Larsen*.

Af kommissionens medlemmer er følgende i tidens løb indtrådt ud over de oprindeligt udpegede:

Folketingsmedlem fru *Ayoë Herbøl* (der efterfulgte folketingsmedlem, overlærer frk. *Gudrun Bjørner*, som i en periode var med-

lem), sekretær Carl P. Jensen og direktør W. Elmquist.

Under direktør Alice Bruuns fravær i en kort periode i 1956/57 deltog kontorchef i direktoratet for arbejdstilsynet *K. A. Sletten* i kommissionens drøftelser, og under departementschef J. H. Zeuthens fravær i en periode i 1956/57 deltog ekspeditionssekretær, nu kontorchef i indenrigsministeriet *. A. Lorck* i kommissionens drøftelser.

I kommissionens sekretariatsarbejde har foruden kommissionens sekretær deltaget kontorchef *K. A. Sletten*, direktoratet for arbejdstilsynet, sekretær, nu fuldmægtig *V. Holm*, sekretær *C. Lange*, sekretær *Birthe Frederiksen*, sekretær *Ketty Pedersen*, alle socialministeriet.

2. Underudvalg

Kommissionen har nedsat følgende underudvalg, der ved udvalgsarbejdets afslutning havde følgende medlemmer:

a) Underudvalg vedrørende sygeforsikringens principspørgsmål

Kontorchef P. Juhl-Christensen, formand.
Direktør Alice Bruun.
Redaktør Johs. Christiansen.
Medicinaldirektør dr. med Johs. Frandsen.
Direktør H. Friis.
Folketingsmedlem fru Ayoë Herbøl.
Læge Charles Jacobsen.
Skoleinspektør Johs. W. Jørgensen.
Sognerådsformand Godtfred Knudsen.
Læge Tyge Krarup.
Folketingsmedlem Jørgen Krogh.
Borgmester Woldhardt Madsen.
Folketingsmedlem Niels Mørk.
Folketingsmedlem Ninn-Hansen.
Landsformand P. Friis Olsen.
Fhv. borgmester P. J. Pedersen.
Administrationschef P. Stochholm.

Ved udvalgets nedsættelse var landsformand Ernst Larsen og folketingsmedlem frk. Gudrun Bjørner medlemmer af udvalget.

I en del af udvalgets møder har tillige deltaget departementschef J. H. Zeuthen.

Som sekretær for dette udvalg har fungeret fuldmægtig H. Koldby Nielsen, og i sekretærarbejdet har tillige deltaget sekretær C. Lange, sekretær Birthe Frederiksen og sekretær Ketty Pedersen.

b) Underudvalg vedrørende dagpengespørgsmål

Direktør Alice Bruun, formand.
Direktør W. Elmquist.
Direktør H. Friis.
Forretningsfører H. C. Hansen.
Sekretær Carl P. Jensen.
Sognerådsformand Godtfred Knudsen.
Rådmand Chr. Nielsen.
Fuldmægtig H. Koldby Nielsen.
Folketingsmedlem, rådmand fru Edel Saunte.

Ved udvalgets nedsættelse var landsformand Ernst Larsen og sognerådsformand Hans Qvotrup medlemmer af udvalget.

Som sekretær for dette udvalg har fungeret kontorchef K. A. Sletten.

c) Underudvalg vedrørende sygeforsikringens andre ydelser

Landsformand P. Friis Olsen, formand.
Dr. med. K. H. Backer.
Forretningsfører H. C. Hansen.
Læge Tyge Krarup.
Kontorchef J. A. Lorck.
Fuldmægtig H. Koldby Nielsen.
Fhv. borgmester P. J. Pedersen.
Kontorchef K. A. Sletten.
Administrationschef P. Stochholm.

Som sekretær for dette udvalg har fungeret sekretær Birthe Frederiksen.

d) Underudvalg vedrørende fribefordring

Direktør Alice Bruun, formand.
Forretningsfører H. C. Hansen.
Gårdejer Niels Hansen.
Sognerådsformand Godtfred Knudsen.
Sygehusinspektør H. C. Larsen.
Kontorchef J. A. Lorck.
Folketingsmedlem Niels Mørk, (som repræsentant for Købstadforeningen).

Fuldmægtig H. Koldby Nielsen.

Fhv. borgmester P. J. Pedersen.

Læge J. Riising.

Folketingsmedlem, rådmand fru Edel Saunte.

Ved udvalgets nedsættelse var sognerådsformand Hans Qvotrup medlem af udvalget.

I udvalgets møder har tillige deltaget direktør Rud. Conrad, Københavns magistrat.

Som sekretær for dette udvalg har fungeret sekretær C. Lange.

3. Antal møder

I den samlede kommission er afholdt 18 møder, i underudvalget om sygeforsikringens principspørgsmål 18 møder, i underudvalget om dagpengespørgsmålet 19 møder, i et af samme underudvalg nedsat arbejdsudvalg 9 møder, i underudvalget om sygeforsikringens ydelser 10 møder, i underudvalget om fribefordring 14 møder.

II. INDLEDENDE OVERSIGT OVER DE AF KOMMISSIONEN BEHANDLEDE SPØRGSMÅL

Under sine drøftelser af sygeforsikringens problemer har kommissionen, som det fremgår af socialministeriets foran under 1.1. gengivne skrivelse af 28. maj 1954, ikke været bundet til det hidtidige systems udformning, og den har derfor betragtet sig som frit stillet.

Af praktiske grunde behandles i betænkningen de forskellige hovedproblemer hver for sig i en række kapitler.

Mange af spørgsmålene er imidlertid indbyrdes sammenhængende, jfr. som eksempler herpå spørgsmålene om det offentlige eventuelle overtagelse af forsikringen, om ordningen skal være tvungen eller som hidtil frivillig, og om ordningens finansiering. Der henvises derfor ofte fra et kapitel til et andet, og enkelte steder forekommer af samme grund gentagelser. Som det fremgår af betænkningen, er det fundet hensigtsmæssigt som baggrund for kommissionens drøftelser indledningsvis at gøre rede såvel for *sygeforsikringens historiske udvikling* her i landet som at give en kort samlet redegørelse for alle *de gældende regler om hjælp under sygdom* og at omtale *de udenlandske ordninger*, der har særlig interesse for danske forhold, eller som særligt er omtalt i den almindelige debat om sygeforsikringens problemer (d. v. s. de svenske, norske og engelske ordninger). Disse indledende redegørelser findes i *kapitlerne 2-4*.

Den mest vidtgående ændring af den nuværende ordning ville være, at *det offentlige overtager* og direkte ved stats- eller kommunale organer *administrerer* hele den offentlige sygeforsikring. Dette spørgsmål behandles i *kapitel 5*.

Et andet spørgsmål, der fra tid til anden er drøftet i den almindelige offentlige debat, og som har haft stor betydning for kommissionen, er, om sygeforsikringen fortsat bør være *frivillig*, eller om medlemskab bør være *tvungen*, *eventuelt automatisk* for alle. De herhen hørende problem sr behandles i *kapitel 6*.

Et tildels beslægtet problem er spørgsmålet om, hvorvidt adgangen til optagelse i sygeforsikringen fremdeles bør være betinget af, at forskellige *helbreds- og aldersbetingelser* er opfyldt. Spørgsmålet har en vis sammenhæng med det foran omtalte spørgsmål om forsikringens frivillighed. Endvidere er der spørgsmålet om en ophævelse af den nugældende begrænsning i *varigheden* af sygeforsikringens ydelser. I forbindelse med ovennævnte spørgsmål står problemerne om, hvorvidt det nuværende pligtige bidragydende medlemskab af sygeforsikringen bør opretholdes, eventuelt udbygges. Disse spørgsmål behandles i *kapitel 7*.

Det har været et af hovedpunkterne såvel i de senere års debat om sygeforsikringen

som i kommissionens drøftelser, om *sygekassegrænsen* og dermed den gældende deling af forsikringen i to systemer burde ophæves.

Kommissionen har indgående drøftet, om sygekassegrænsen burde ophæves, eller om der burde foretages forandringer i dens fastsættelse. Dette spørgsmål behandles i *kapitel 8*.

Endvidere foreligger spørgsmålet om *samordning af sygeforsikringens og andre organers virksomhed* på sygeforsikringens område m. m. og *samarbejdet med kommunerne*. Foruden dette organisatoriske problem er der ofte rejst andre spørgsmål om *sygeforsikringens organisation og administration*, herunder om kassernes størrelse, deres bestyrelsesforhold og deres administrationsudgifter og organiseringen af de bemidledes forsikring og om kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse. Disse spørgsmål omtales i betænkningens *kapitel 9*.

I forbindelse med drøftelserne om sygeforsikringens fremtidige ordning står spørgsmålet om *sygeforsikringens finansiering*, herunder om *kontingentets beregning og opkrævning* og om de offentlige tilskud. Disse spørgsmål behandles i *kapitel 10*.

Foruden de almindelige spørgsmål om sygeforsikringens fremtidige ordning foreligger der en række vigtige spørgsmål, der som andetsteds omtalt har været behandlet i underudvalg.

Der er først spørgsmålet om *sygeforsikringens ydelser*, der forud for kommissionens nedsættelse har været fremdraget såvel af sygekasser og læger som på anden måde. Dette spørgsmål behandles i *kapitel 11*.

Der er dernæst spørgsmålet om ordningen af *fribefordringen*, et spørgsmål, der ligeledes har været draget frem på forskellig måde, såvel fra sygekassemedlemmer som fra sygekasser og læger m. fl. Dette spørgsmål behandles i *kapitel 12*.

Endelig er der spørgsmålet om *dagpenge* under sygdom. Dette vigtige spørgsmål har gentagne gange været draget frem, ikke mindst fra sygekasseside, og er også fremhævet i kommissoriet. Efter kommissionens

nedsættelse er der sket den ændring i situationen, at hovedorganisationerne har indført en sygelønsordning. Spørgsmålet om dagpenge under sygdom behandles i *kapitel 13*.

Endelig findes i betænkningen - som *kapitel 14* - et resumé indeholdende de konklusioner, hovedkommissionens afsluttende forhandlinger førte til.

Som foran omtalt havde kommissionen forud for underudvalgenes nedsættelse i en række møder drøftet navnlig de almindelige spørgsmål om sygeforsikringens fremtidige ordning, medens hovedkommissionen ikke i enkeltheder drøftede spørgsmålene om ydelserne, om fribefordring og om dagpenge. De almindelige spørgsmål, som de nu fremtræder i *kapitel 2—10*, har været behandlet af underudvalget om principspørgsmål. Dette underudvalg har - som det fremgår af det foranstående — været meget alsidigt sammensat, idet der har været repræsentation heri for såvel samtlige de politiske repræsentanter som for lægerne og sygekasserne, kommunerne, sygekassedirektoratet, sundhedsstyrelsen og sygehusforeningen.

Uanset at de øvrige medlemmer af kommissionen således ikke har haft lejlighed til at deltage i udarbejdelsen af disse kapitlers redegørelser og argumentationer, hvorfor disse i og for sig står for underudvalgets egen regning, har man dog ment, at det var naturligt, at kapitlerne 2—10 fremtræder som afgivet af den samlede kommission, dels fordi underudvalget har haft den nævnte alsidige sammensætning, dels fordi den samlede kommission har drøftet disse spørgsmål under de indledende møder i kommissionen og nu har taget stilling til kapitlernes konklusioner.

I modsætning hertil har de tre andre underudvalg efter deres sammensætning og efter de forudsætninger, hvorunder de har arbejdet, mere haft karakter af tekniske underudvalg, og man har derfor fundet det naturligt, at disse andre underudvalgs betænkninger fremtræder som afgivet af udvalgene, således at den samlede kommission alene har knyttet supplerende bemærkninger til dem og udtalt sig om hovedlinierne og

konklusionerne i underudvalgenes indstillinger. Det må i denne forbindelse også fremhæves, at mange af problemerne, ikke mindst vedrørende fribefordringen og dagpengene er af meget teknisk karakter, således at det næppe ville være praktisk, om den samlede kommission skulle tage stilling til disse enkeltheder. Endvidere må det fremhæves, at disse underudvalg, som også af disse fremhævet, nødvendigvis har måttet

arbejde ud fra visse forudsætninger om sygeforsikringens fremtidige struktur, et forhold, der yderligere nødvendiggør, at redegørelserne må fremtræde som afgivet af underudvalgene.

Med afgivelsen af nærværende betænkning betragter kommissionen sit arbejde som afsluttet.

København, august 1959.

<i>Sv. Aistrup</i>	<i>K. H. Backer</i>	<i>Alice Bruun</i>	<i>Johs. Christiansen</i>
<i>W. Elmquist</i>	<i>Johs. Frandsen</i>	<i>Henning Friis</i>	
<i>H. C. Hansen</i>	<i>Niels Hansen</i>	<i>Hartmann</i>	<i>Ayoe' Herbøl</i>
<i>Ch. Jacobsen</i>	<i>Carl P. Jensen</i>	<i>P. Juhl-Christensen</i>	
<i>føhs. W. førgensen</i>	<i>G. Knudsen</i>	<i>førgen Krogh</i>	<i>H. Chr. Larsen</i>
<i>Woldhardt</i>	<i>Madsen</i>	<i>Niels Mørk</i>	<i>Christian Nielsen</i>
<i>Erik Ninn-Hansen</i>	<i>Peter Friis Olsen</i>	<i>P. J. Pedersen</i>	<i>f. Riising</i>
<i>Edel Saunte</i>	<i>P. Stockholm</i>	<i>f. H. Zeuthen</i>	

H. Koldby Nielsen

KAPITEL 2

Den historiske udvikling i hovedtræk

I. FØR MIDTEN AF 1800-TALLET

Spirer til et sygekassevæsen fandtes i middelalderens gilder og senere i adskillige håndværkerlaugs vedtægter, hvorefter der nærmest var tale om en tvungen forsikring for laugets medlemmer. Herudover fandtes

der indtil midten af 1800-tallet *ingen egentlig sygeforsikring* her i landet, og de, der kom i økonomiske vanskeligheder på grund af sygdom, havde derfor kun fattigvæsenet at holde sig til.

II. DE FØRSTE FRIVILLIGE, PRIVATE SYGEKASSER M. M.

Efter laugsvæsenets ophævelse i 1857 og navnlig efter krigen i 1864 oprettedes mange frivillige, private sygekasser og begraveskasser. I 1862 fandtes 135 kasser med ca. 12.000 medlemmer; i løbet af de følgende 5 år kom omtrent 100 nye kasser til, og i 1890 var der omkring 1.000 kasser med et samlet medlemstal på ca. 120.000 medlemmer.

Der var i begyndelsen intet *samarbejde mellem kasserne*, og ved flytning fra en kasses område til en andens måtte der søges nyoptagelse på almindelige vilkår. I 1873 dannede de første 6 kasser en sammenslut-

ning om gensidig overflytning, og i de følgende årtier dannedes over hele landet centralforeninger. I 1901 samledes disse i landsorganisationen De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark.

Kasserne modtog *ikke økonomisk støtte fra det offentlige*, og deres virkeevne var forholdsvis beskedne. På grund af regeringens interesse for sygekassespørgsmålet blev i 1861, 1866 og 1875 nedsat kommissioner til behandling af dette. Disse kommissioners arbejde blev dog resultatløst, bl. a. fordi kasserne stillede sig afvisende over for tanken om indblanding fra det offentliges side.

III. SYGEKASSELOVEN AF 1892

I 1885 nedsattes en kommission til behandling af spørgsmålet om en lovordnet ulykkesforsikring for arbejderne. Kommissionen fandt, at en ulykkesforsikringsordning måtte støtte sig på en offentlig syge-

forsikring, og stillede forslag om indførelse af en sådan.

På grundlag af dette forslag fremsatte indenrigsministeren i efteråret 1888 forslag til en lov om statsanerkendte sygekasser, et lov-

forslag, der i de følgende rigsdagssamlinger medførte mange diskussioner, indtil det efter betydelige ændringer blev vedtaget og stadfæstet som *lov af 12. april 1892*.

Ved denne lov indførtes regler om *statsanerkendelse af sygekasser*. Dens væsentligste regler var iøvrigt følgende:

A. Støtte fra det offentlige

Til de anerkendte sygekasser skulle ydes et *statstilskud*, der for hver kasse blev beregnet dels i forhold til antallet af kassernes ubemidlede nydende medlemmer (højst med 2 kr. pr. medlem), dels i forhold til kassens medlemsbidrag (højst med $\frac{1}{s}$ af dette). For tilskuddet gjaldt et samlet maksimum på V2 mill. kr.; men da dette blev utilstrækkeligt til at afholde det nævnte tilskud til de enkelte kasser, forøgedes beløbet på de årlige finanslove, og allerede i 1901 udgjorde det over 1 mill. kr. Ud over tilskuddet støttedes sygekasserne økonomisk ved nedsættelse i betalingen for *indlæggelse af ubemidlede nydende medlemmer* på distriktets sygehus og på sindssygehospitalet, således at der højst måtte kræves halvdelen af den almindelige betaling. Desuden kunne ubemidlede nydende sygekassemedlemmer, som boede på landet, men ikke selv holdt hest og vogn, forlange *befordring for kommunens regning* til afhentning af læge eller jordemoder eller deres egen transport til disse eller til et sygehus inden for lægedistriktet (se nærmere herom i kap. 12¹⁾). Hertil kom en allerede i fattigloven af 9. april 1891 indført regel om, at medlemmer af sygekasser *efter sygekassehjælpens ophør i trangstiltfælde* havde ret til en til denne hjælp svarende hjælp fra kommunen uden fattighjælpsvirkninger.

B. Optagelsesbetingelser

Medlemsskab var *frivilligt*.

Som medlemmer af anerkendte sygekasser kunne (bortset fra en midlertidig undtagelse for medlemmer indmeldt før loven) kun optages *ubemidlede* arbejdere, husmænd, håndværkere og næringsdrivende, lavt lønnede be-

¹⁾ Se side 169.

stillingsmænd og andre med de nævnte i økonomisk henseende ligestillede. Dette fortolkedes således, som nærmere omtalt i kapitel 8²⁾, at enhver person af arbejderklassen skulle anses som ubemidlet, når han ikke havde anden indtægt end sin arbejdsløn; for andre personer blev der i 1900 administrativt fastsat en indtægtsgrænse varierende fra et minimum på 800 kr. i landdistrikter til 1.800 kr. i hovedstaden og en formuegrænse på 5.000 kr. Til indtægtsgrænsen kom tillige et børnetillæg.

Optagelse kunne tidligst ske fra det 15. år; *aldersgrænsen for optagelse* beroede iøvrigt på vedtægtens bestemmelser.

Kronisk syge, hvis sygdom væsentligt indskrænkede arbejdsvevnen, kunne kun optages, hvis der var hjemmel hertil i vedtægterne, og da kun uden ret til hjælp for pågældende sygdom.

Retten til sygehjælp indtrådte først efter en *ventetid* på 6 uger efter optagelsen.

Medlemmernes *børn under 15 år* omfattedes af forsikringen.

Der var adgang for kasserne til at optage *bidragydende medlemmer*, men uden nogen rettigheder for disse.

C. Ydelser

Lovpligtige ydelser var: *Fri lægehjælp og sygehusbehandling* samt *dagpenge*, der ikke måtte overstige $\frac{2}{3}$ af arbejdslønnen og mindst skulle være 40 øre daglig. (Det sidstnævnte beløb gav efter den tids forhold en forsvarlig dækning for en daglejer på landet, når han mistede sin kontante indtægt under sygdom).

Barselhjælp var ikke lovpligtig for kasserne, men kunne ydes med en rund sum.

Der kunne ydes fuld *medicinhjælp*, hvis der fandtes bestemmelse herom i vedtægten.

Om *begravelseshjælp* se nedenfor under E.

Hjælpens *varighed* var for dagpengene mindst 13 uger i 12 på hinanden følgende måneder og for sygehjælpen 60 uger. Når hjælpen var ophørt, kunne pågældende kun genindtræde i sygekassen efter lægeattest.

²⁾ Se side 80.

D. Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m. m.

For at få statsanerkendelse skulle en sygekasse have *mindst 50 medlemmer*, og dens *område* skulle — bortset fra fagkasser — som regel være kommunen.

En *sygekasseinspektør* (nu direktøren for sygekassevæsenet) skulle føre tilsyn med kassernes virksomhed; han var tillige formand for *sygekassenavnet*, der blev valgt af kas-

sernes bestyrelse og havde til opgave at drøfte vigtige sygekassespørgsmål.

E. Begravelseskasser

Til mange sygekasser var knyttet begravelseskasser. Ved lov af 1. april 1905 om tilsyn med begravelseskasser blev disse kasser undergivet sygekasseinspektørens tilsyn, et tilsyn, der også omfattede begravelseskasser, der ikke stod i forbindelse med en anerkendt sygekasse.

IV. SYGEKASSELOVEN AF 1915

I 1910 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg om ændringer i sygekasseloven. Der var navnlig ønsker om pligt for alle kasser til at optage kronisk syge, om ændring i statstilskuddets beregning, således at tilskuddet blev sat i forhold til udgifterne, samt om en reel forhøjelse af tilskuddet. Udvalget afgav året efter en betænkning, der blev grundlag for et lovforslag i 1912. Efter en langvarig rigsdagsforhandling kom den 10. maj 1915 en ny lov om *anerkendte sygekasser*.

De vigtigste ændringer, der indførtes ved denne lov, var følgende:

A. Støtte fra det offentlige

Statstilskuddet blev forøget. Det blev beregnet med 2 kr. årlig pr. medlem samt herudover V4 af udgifterne til lovpligtige ydelser; for det samlede tilskud pr. medlem fastsattes dog et maksimum.

Kommunerne fik adgang til uden fattighjælpsvirkning at yde *kontingenthjælp* til trængende, dog ikke ud over ³A af kontingentet.

B. Optagelsesbetingelser

Reglerne om den *økonomiske betingelse* for optagelse blev som nærmere omtalt i kapitel 8³⁾ ændret således, at der med regelmæssige mellemrum (dengang hvert 5. år) efter indstilling fra sygekassenævnet og for-

handling med et rigsdagsudvalg skulle udsendes en bekendtgørelse om de indtægts- og formuegrænser m. v., der var afgørende for adgangen til medlemsskab. Efter den bekendtgørelse, der kom samme år, var alle arbejdere med normale indtægter berettiget til medlemsskab. For andre blev fastlagt en indtægtsgrænse under hensyn til den normale størsteindtægt inden for arbejderklassen; det blev samtidig bestemt, at den skattepligtige indkomst skulle være afgørende for adgangen til medlemsskab. (Om forsikring for bemidlede se nedenfor under E.)

Aldersgrænsen nedad ændredes fra 15 til 14 år.

Helbredsbetingelserne for optagelse ændredes til, at ingen kunne optages under en midlertidig sygdom, og at kronisk syge fik ret til optagelse, men — som hidtil — uden ret til hjælp for pågældende sygdom.

Der blev pligt for kasserne til at optage *bidragydende medlemmer*. Hvis disse ved optagelsen godtgjorde, at de opfyldte alders- og helbredsbetingelserne, kunne de senere, uanset alder og helbred, få nydende medlemsret (med 6 ugers ventetid, d. v. s. samme periode som ved nyoptagelse).

C. Ydelser

En vis *barselhjælp* blev tvungen. Maksimum for *medicinhjælp* blev nedsat til ³/₄; hjælpen var stadig frivillig.

⁵⁾ Se side 81.

D. Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m. ni.

Overflytnings spørgsmål blev henlagt til sygekassenævnet, og der blev oprettet et *voldgiftsråd* for sygekasser og læger (i stedet for et tidligere bestående såkaldt »enighedskammer«).

E. Forsikring for bemidlede

Til bestemmelserne om sygekasserne kom helt nye bestemmelser om adgang for *fortsættelsessygekasser* og gensidige sygeforsikringsselskaber til at underkaste sig statskontrol — dog uden ret til statstilskud — med den virkning, at sygekassemedlemmer, der blev bemidlede, kunne overføres til fortsættelsessygekassen med ret til at blive tilbageført til sygekassen, såfremt de atter blev ubemidlede i lovens forstand.

Sygekasserne kunne dog også i deres vedtægt vælge at optage bestemmelser om *bemidlede afdelinger*, således at medlemmer, der blev bemidlede i lovens forstand, kunne forblive i kassen som bemidlede nydende medlemmer, men uden tilskud fra det offentlige og uden adgang til fribefordring og sygehusindlæggelse til nedsat betaling.

Den faktiske udvikling på dette område af sygeforsikringen fandt sted på den måde, at to af sygekassecentralforeningerne i 1913 oprettede de to første fortsættelsessygekasser.

Efter vedtagelsen af 1915-loven oprettede repræsentanter for en del centralforeninger af sygekasser i 1915 en hele landet omfattende sygeforening (»Danmark«), som skulle virke som fortsættelsessygekasse for samtlige anerkendte sygekasser. Samtidig oprettede dog sygekasserne i forskellige dele af landet deres egne fortsættelsessygekasser af samme art. Alle disse fortsættelsessygekasser blev taget under statskontrol ifølge loven. I 1928 og 1929 deltes fortsættelsessygekassen »Danmark« således, at den nu alene omfatter København og Frederiksberg samt Amagerkommunerne; dens medlemmer fra andre dele af landet overførtes med deres andel af foreningens reservefond til de samtidig nyoprettede selvstændige fortsættelsessygekasser for disse amter.

Lovbestemmelserne tog som nævnt også sigte på de private sygeforeninger, men for disse blev den af ringe betydning. Iait har kun 3 private sygeforeninger hver i en begrænset periode været under kontrol. I modsætning til de af sygekasserne oprettede fortsættelsessygekasser blev sådanne forsikringer iøvrigt ikke ledet i forbindelse med en anerkendt sygekasse eller en sammenslutning af sådanne, og de kunne derfor ifølge loven ikke fungere som fortsættelsessygekasser, således at personer som passerede sygekassegrænsen, overførtes mellem disse foreninger og sygekasserne.

V. LOVÆNDRING AF 1921

Den næste ændring i sygekasseloven kom den 6. maj 1921 i forbindelse med loven om invalideforsikring fra maj samme år. Loven gav følgende ændringer:

A. Støtte fra det offentlige

Statstilskuddet pr. medlem blev forhøjet fra 2 til 3 kr., og der blev indført tilskud med $\frac{1}{4}$ også af udgifterne til de frivillige ydelser: medicin, tandpleje, ophold på rekonvalescenthjem og hjemmesygepleje, der

efterhånden havde fundet større og større udbredelse.

Kassernes merudgifter i forbindelse med medlemmer med vedtegning om *kronisk sygdom* (jfr. nedenfor) blev dækket af stat og kommune hver med halvdelen.

B. Optagelsesbetingelser

Aldersbetingelserne for optagelse blev fastsat i loven, således at personer mellem 14 og 40 år kunne optages. Vedtægten kunne

dog forhøje sidstnævnte aldersgrænse, og der kunne dispenseres fra denne grænse.

Af hensyn til invalideforsikringsloven indførtes en udtrykkelig betingelse om *arbejdsførhed* ved indtrædelse i sygekassen og invalideforsikringen. Kronisk syge, der var arbejdsføre, skulle fremtidig optages med vedtegning om den kroniske sygdom; de fik ret til sædvanlig hjælp, jfr. ovenfor om særligt statstilskud for merudgifter herved.

C. Ydelser

Grænsen for *dagpengehjælp* blev sat op til 6 kr. (for kronisk syge og invaliderentemodtagere dog henholdsvis 3 og 1 kr.).

Varigheden af dagpengehjælpen ændredes til højst 26 uger i løbet af 12 måneder.

D. Organisatoriske forhold, offentligt tilsyn m. m.

Mindste antallet af medlemmer i en sygekasse forhøjedes til 200.

Overenskomster mellem sygekasser og læger eller tandlæger skulle godkendes af indenrigsministeriet. Under en eventuel overenskomstløs periode måtte kasserne kun yde medlemmerne refusion af indtil ³A af deres udgifter til lægehjælp, beregnet efter taksterne i den sidst gældende overenskomst.

VI. LOVÆNDRING AF 1927

I 1927 blev der under hensyn til den økonomiske situation gennemført en række nedskæringslove:

A. Støtte fra det offentlige

Således skete der for sygeforsikringens vedkommende ved lov af 14. juli 1921 en nedsættelse af statstilskuddet, idet det faste tilskud atter blev nedsat til 2 kr. pr. medlem; tilskuddet til lægehjælp blev begrænset til højst 2,4 mill. kr. årligt.

Samtidig ændredes *fribef or dringsre gierne*, således at befordring kunne ydes til alle ubemidlede, nydende sygekassemedlemmer, uanset om de selv holdt hest og vogn, og der kunne ydes en hvilken som helst art af befordring. Der blev mulighed for fribefor-

dring til fjernere liggende sygehuse, på hvilke sygekasserne havde ret til indlæggelse for nedsat betaling.

B. Optagelsesbetingelser

Arbejderklassens hidtidige »selvskrevne ret« til medlemsskab blev erstattet af en regel om lempelse ved usikre indtægter, og *indtægts- og formue grænserne* — som iøvrigt blev nedsat, navnlig på landet — kom principielt til at gælde for alle. Herudover blev der i loven indsat en kontrolbestemmelse, hvorefter samtlige sygekassemedlemmers økonomiske forhold med visse mellemrum skulle gøres til genstand for prøvelse. *Forældreløse børn* under 14 år fik adgang til medlemsskab.

VII. LOVÆNDRING AF 1929 OM FORSIKRINGEN FOR BEMIDLEDE

Allerede under rigsdagsbehandlingen af 1927-loven var man klar over, at gennemførelsen af de skærpede regler om indtægts- og formuegrænserne ville medføre, at en større gruppe end tidligere ville være afskå-

ret fra at blive stående som ubemidlede medlemmer. Der var derfor behov for en *udbygning af reglerne om bemidlede personers sygeforsikring*, og til drøftelse af dette spørgsmål blev der nedsat et udvalg, som af-

gav betænkning i 1928. I rigsdagssamlingen 1928-29 blev der forelagt et lovforslag, der i det væsentlige byggede på udvalgets betænkning, men blev ændret på en række punkter, inden det blev gennemført som *lov af 27. marts 1929*.

Efter de nye regler måtte der for hvert stedligt område kun være én statskontrolleret *fortsættelsessygekasse*, som skulle virke i forbindelse med en sygekasse-centralforening. I modsætning til tidligere kunne fortsættelsessygekasserne direkte udefra optage bemidlede personer, som opfyldte visse strengere helbredsforhold, der var afpasset efter invalideforsikringens krav. Aldersgrænsen for optagelse blev sat til 40 år. Der blev givet forskellige nærmere betingelser for, at en kasse kunne blive statskontrolleret, f. eks. måtte der ikke i kassens vedtægter findes opsigelsesbestemmelser, som efter sygekasse-

direktørens skøn var ubillige. I modsætning til lovforslaget indeholdt loven ikke regler, hvorved man gennem en afvikling af sygekassernes *afdelinger for bemidlede* kom bort fra den spaltning af forsikringen for bemidlede, der havde bestået siden sygekasseloven fra 1915. Kun de sygekasser, som den 1. oktober 1928 havde en sådan afdeling, fik lov at opretholde den, og kun såfremt den havde mindst 15 medlemmer.

Loven begrænsede adgangen til at komme under statskontrol til de fortsættelsessygekasser, som alene var for bemidlede personer, og som uden hensyn til helbred og til vedtægtsmæssige aldersgrænser optog dem, som på grund af forbedrede økonomiske forhold ikke længere kunne være ubemidlede, nydende medlemmer af sygekasse. Loven lukkede således af for fremtidig statskontrol med private sygeforeninger.

VIII. ÆNDRINGSLOV AF 1930 OM SYGEKASSEGRÆNSEN

Der kom mange klager over de fastsatte indtægtsgrænser, og ved en lov af *13. april 1930* blev reglerne derfor på ny ændret. Reglernes affattelse efter denne lov er den sam-

me som den nugældende. Denne beregningsmåde medførte i 1930 nogen forhøjelse, jfr. herom nærmere i kapitel 8^A).

IX. FOLKEFORSIKRINGSLOVEN AF 1933 MED SENERE ÆNDRINGER

Ved socialreformen af *20. maj 1933* blev sygeforsikringsreglerne sammen med reglerne om alders- og invaliderente optaget i *folkeforsikringsloven*. Der skete ingen principielle ændringer i selve sygeforsikringens opbygning, jfr. dog om det pligtige bidragydende medlemsskab nedenfor under **D**.

A. Støtte fra det offentlige

Sygekasserne fik et noget større *statstilskud*. Man bibeholdt det faste tilskud på 2

kr. pr. medlem, men maksimumsbeløbet for tilskuddet på V4 af udgifterne til de lovpligtige ydelser samt til visse frivillige ydelser blev afskaffet. Der blev indført *nedsat takst for ambulanssygehusbehandling* samt *fribefordring* til og fra sådan behandling.

Ved en lov fra 1953 blev det faste *statstilskud* pr. nydende sygekassemedlem forhøjet fra 2 kr. til 5 kr.

Om tilskud til *medicinudgifter* se nedenfor under C (fra 1940 fuld statsrefusion af

⁴) Se side 82.

udgifter til livsvigtig medicin). Hertil kommer fra 1957 et tilskud fra apotekerfonden på Vie af udgifterne til livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin.

B. Optagelsesbetingelser

Frivilligheden med hensyn til nydende medlemsskab opretholdtes. Om bidragydende medlemsskab se nedenfor under D.

Aldersgrænsen for optagelse blev forhøjet til 60 år. I 1940 nedsattes den til 40 år for dem, der inden denne alder har fået pligt til bidragydende medlemsskab, d. v. s. for de allerfleste personer.

Ved en lovændring i 1937 forlængedes den tidligere *ventetid* på 6 uger *ved overgang fra bidragydende* til nydende medlemsskab. Ventetiden blev for at undgå spekulation i det lave bidrag for bidragydende medlemsskab fastsat til 6 måneder.

C. Ydelser

*Barselhjælp*bestemmelserne blev i 1933 udvidet betydeligt.

Den enkelte sygekasse fik samtidig mulighed for — hvis den ønskede det — at indføre tvungen *begravelsesfor sikring* i en til kassen knyttet begravelseskasse. I 1940 indførtes pligtig begravelsesforsikring gennem sygekasserne af alle deres ubemidlede nydende medlemmer (med en for hele landet fælles genforsikring). I 1933 blev der foretaget en ændring i reglerne om begravelseshjælp, hvorved ordningen bl. a. blev udstrakt til fortsættelsesygekassernes medlemmer, og der blev til afløsning af den på forsikringsmæssig basis drevne genforsikring oprettet en udligningskasse for begravelseshjælp, som samtlige sygekasser og fortsættelsesygekasser skulle tilslutte sig. Samtidig indførtes pristalsregulering af begravelseshjælpen.

Ved en anden lov fra 1940 skete der en deling af reglerne om kassernes *medicintilskud* under hensyn til præparaternes lægelige betydning. Tilskuddet til livsvigtig medicin, der er en pligtig ydelse for sygekasserne, udgjorde ³A af prisen, og kasserne fik fuld statsrefusion for denne udgift. Om kas-

serne ville yde tilskud til anden medicin, beroede på deres egen vedtagelse, og der blev ikke ydet statstilskud. Til lægeligt mere betydningsfulde præparater kunne kasserne yde indtil ³/₄ tilskud, til mindre betydningsfulde præparater indtil ¹/₃. Da en række kasser, navnlig i landkommunerne, undlod at benytte adgangen til frivillig medicinhjælp, blev der i 1931 foretaget en ny ændring i reglerne om medicintilskud. Til livsvigtig medicin havde kasserne fortsat pligt til at yde ³/₄ tilskud mod fuld statsrefusion. Men kasserne fik nu også pligt til at yde et tilskud på ³/₄ til særlig betydningsfuld medicin uden adgang til refusion. Derimod blev den såkaldte dispensationsmedicin en frivillig ydelse, men således, at sygekassernes tilskud også her blev fastsat til ³A af prisen.

Den seneste ændring i sygeforsikringsreglerne skete i 1937, da vederlagsfri *hjemmesygepleje* til medlemmerne blev gjort til en tvungen ydelse for kasserne. Ændringen blev foretaget samtidig med, at der ved den nye hjemmesygeplejelov blev pålagt kommunerne pligt til at oprette en hjemmesygeplejeordning, og kassernes udgift til ordningen skal kun dække en begrænset del af de samlede udgifter.

D. Pligtigt bidragydende medlemsskab m. m.

For personer, som ikke var nydende medlemmer af en sygekasse eller en fortsættelsesygekasse, blev der ved socialreformen indført pligt til bidragydende medlemsskab i en af de to slags kasser med tilhørende invalideforsikring, således at forsikringspligtens opfyldelse var en betingelse for adgangen til aldersrente. Under folketingsforhandlingerne blev pligten karakteriseret ved, at der nu indførtes en indmeldelsestvang, således at man skulle sikre sig adgang til på et senere tidspunkt at sætte sin sygeforsikring i kraft, og det blev fremhævet, at pligten tog sigte på at effektivisere sammenkædningen mellem sygeforsikringen og adgangen til aldersrente.

Pligten til indmeldelse indtrådte ved det 21. år. Der blev indført en vis kontrol med forsikringspligtens overholdelse ved sam-

arbejde mellem kasserne og folkeregistrene. I 1940 blev samarbejdet mellem sygekasser og folkeregistre med hensyn til kontrol med sygeforsikringspligtens opfyldelse betydeligt udvidet. I 1957 blev der (ved indførelsen af folkepensionen) indført en adgang til at dispensere fra sygekassebetingelsen for opnåelse af folkepensionen. Betingelsen gælder iøvrigt kun for den indtægtsbestemte folkepension.

E. Statsbanepersonalets sygekasse

Ved en særlig lov fra 1934 blev de bestående 2 sygekasser for statsbanepersonalet henholdsvis på Sjælland-Falster og i Jylland-Fyn, der var oprettet allerede i 1848 og 1869, sammensluttet til »Statsbanepersonalets Sygekasse«.

Denne kasse samler under én forsikringsform såvel ubemidlede som bemidlede personer med ansættelse ved statsbanerne samt de pågældendes hustruer og børn under 15 år. Medlemmerne er med hensyn til invalideforsikring og adgang til folkepension ligestillet med de almindelige sygekassers og fortsættelsesygekassers medlemmer. En nærmere redegørelse for reglerne om denne sygekasse findes i kap. 9⁵).

F. Fortsættelsesygekasserne

For at knytte sygekassernes centralforeninger og fortsættelsesygekasserne nærmere til hinanden fastsattes i folkeforsikringsloven, at en repræsentant for vedkommende sygecentralforening skal indtræde i fortsættelsesygekassens bestyrelse.

X. AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

Ud over foranstående almindelige redegørelse for sygeforsikringens historiske udvikling findes der i de følgende kapitler en udførlig omtale af udviklingen på enkelte særlige områder, og der findes forskellige redegørelser om den historiske udvikling på andre områder inden for sundhedsvæsen, of-fentlig forsorg m. v.

Det bemærkes, at fremstillingen hverken vedrører Færøerne, hvor sygekasseloven fra 1915 ved kgl. anordn. af 21. februar 1930 blev sat i kraft med de ændringer, som nødvendiggjordes af øernes særlige forhold, eller Grønland, som overhovedet ikke omfattes af sygeforsikringslovgivningen.

⁶) Se side 115 ff.

KAPITEL 3

De gældende regler om hjælp under sygdom m. m.

I det følgende gennemgås i meget korte træk reglerne om den offentlige sygeforsikring.

Tillige gennemgås i korte træk de vigtigste regler om offentlig hjælp, der supplerer sygeforsikringens regler, og om forskellige andre foranstaltninger, der har betydning for sygdoms- og sundhedsområdet.

Endvidere gives nogle enkelte statistiske oplysninger til belysning af forsikringens udbredelse og det offentlige støtte dertil.

En række af de nævnte bestemmelser omtales udførligt i senere kapitler, og vægten er derfor lagt på her at *give* en samlet oversigt over de gældende regler og trække forskellige hovedpunkter frem.

I. DEN OFFENTLIGE SYGEFORSIKRING

A. FORSIKRINGENS ORGANISATION

Reglerne om den offentlige sygeforsikring findes i folkeforsikringsloven, senest optrykt i socialministeriets bekendtgørelse af 12. september 1957. Forsikringen er organiseret i de statsanerkendte sygekasser (i det følgende betegnet »sygekasser«) og de statskontrollerede sygeforeninger (i det følgende betegnet »fortsættelsesygekasser«). Foruden disse to slags kasser findes en særlig sygekasse for statsbanepersonalet, om hvilken der ifølge en særlig lov gælder lignende regler som folkeforsikringslovens (jfr. nærmere i kapitel 9, afsnit C).

Sagt i få ord er sygekasserne beregnet for de ubemidlede og fortsættelsesygekasserne for de bemidlede.

Ved en *sygekasse* forstås efter folkeforsikringsloven en forening af ubemidlede personer, der har sluttet sig sammen for ved bestemte bidrag at sikre hverandre gensidig hjælp i sygdomstilfælde.

Hvis en sådan kasse opfylder forskellige betingelser, kan den få statsanerkendelse af socialministeriet.

De fleste anerkendte sygekasser virker inden for et afgrænset stedligt område, som i reglen svarer til kommunen eller et sogn (om forholdene i København og på Frederiksberg henvises til kap. 9, afsnit I.A.¹⁾). Enkelte kasser er dog i stedet knyttet til et bestemt fag og skal da optage dem, der udøver dette fag, og som ønsker at blive medlem af kassen.

Sygekasserne står under tilsyn af direktoratet for sygekassevæsenet.

For enhver sygekasse skal gælde en vedtægt, hvori der findes regler om kassens navn, hjemsted, formål, område, generalforsamling, bestyrelse m. v.

Sygekasserne er sammensluttet i centralforeninger, som hver omfatter et eller flere amter, og disse foreninger er sammensluttet

¹⁾ Se side 112.

i De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark.

Ved en *fortsættelsessygekasse* forstås en forening af personer, der ikke er ubemidlede, og som har sluttet sig sammen for ved bestemte bidrag at sikre hverandre hjælp i sygdomstilfælde, som virker i forbindelse med en sammenslutning af anerkendte sygekasser og iøvrigt opfylder forskellige i loven fastsatte betingelser. For at kunne betegne sig som fortsættelsessygekasse skal foreningen være under kontrol af direktøren for sygekassevæsenet. En fortsættelsessygekasse virker inden for et afgrænset stedligt område, som svarer til et eller flere amter.

Fortsættelsessygekasserne er sammensluttet i De samvirkende statskontrollerede Fortsættelsesygekasser i Danmark.

Der findes for ethvert sted i landet såvel en anerkendt sygekasse som en statskontrolleret fortsættelsessygekasse.

B. OPTAGELSE I FORSIKRINGEN

1. Betingelser for optagelse i sygekasse

For adgang til medlemskab af en sygekasse med ret til dennes ydelser i sygdomstilfælde m. m. («nydende medlem») gælder forskellige betingelser.

a) Økonomiske betingelser

Som nydende medlemmer kan kun optages ubemidlede.

Om en person er ubemidlet, afhænger af, om indtægt og formue ligger under en grænse, der fastsættes af socialministeren hvert 3. år og reguleres en gang årligt. Indtægtsgrænsen beregnes svarende til faglærte arbejders årsindtægt ved fuld beskæftigelse. Der kan undtagelsesvis gøres visse afvigelser i enkelte tilfælde.

Afgørelsen af, om en person er under eller over denne indtægtsgrænse, træffes på grundlag af den skattepligtige indtægt af et udvalg nedsat af kommunalbestyrelsen. Der føres en regelmæssig kontrol med sygekassemedlemmernes økonomiske forhold, men de

har selv pligt til at gøre opmærksom på overskridelse af den fastsatte grænse.

De nærmere enkeltheder om kravene til ubemidlethed omtales iøvrigt i kapitel 8.

b) Aldersbetingelser

Optagelse som selvstændigt medlem af sygekassen kan tidligst finde sted efter det fyldte 14. år og kan normalt ikke ske efter det 40. år. I tilfælde af tilflytning fra udlandet gælder dog en aldersgrænse på 60 år. Optagelse før det 14. år kan ske for forældreløse børn og børn, der er på opdragelsehjem m. m. Medlemmers børn under 15 år, herunder plejebørn, omfattes af medlemmets forsikring. Et bidragtdende medlem (se nedenfor under afsnit 7) kan uden hensyn til alder overgå til at være nydende medlem med en ventetid på 6 måneder.

c) Helbreds-betingelser

Optagelse i en sygekasse kan ikke finde sted under forløbet af en midlertidig sygdom eller midlertidig opblussen af en varig sygdom. Hvis en person på grund af hyppigt tilbagevendende eller uhelbredelig sygdom eller legemssvaghed ikke er arbejdsfør, kan han ikke optages i sygekasse (om begrebet »arbejdsfør«, se kap. 7²). Andre, der lider af en hyppigt tilbagevendende eller uhelbredelig sygdom eller legemssvaghed, der væsentligt indskrænker deres arbejdsevne, men som dog må anses for at være arbejdsføre, kan optages med vedtegning om pågældende sygdom, hvilket har forskellige tilskudsmæssige konsekvenser for sygekassen. Et bidragtdende medlem (se nedenfor under afsnit 7) kan uden hensyn til helbredstilstand gå over til at være nydende medlem med en ventetid på 6 måneder.

2. Betingelser for optagelse i fortsættelsesygekasse

For optagelse i fortsættelsesygekasser gælder ligeledes forskellige betingelser (jfr. dog nedenfor under afsnit 4 om overflytning fra sygekasser).

-) Se side 67.

a) Økonomiske betingelser

Indtægt eller formue skal være over sygekassegrænsen. Når børn under 18 år, som ikke endnu selv har indtægt (eller er lærlinge), skal være selvstændige medlemmer af sygeforsikringen, lægges forældrenes indtægt til grund. Fortsættelsesygekassemedlemmers børn skal derfor være medlemmer af en fortsættelsesygekasse og sygekassemedlemmers børn af en sygekasse, når de ikke selv har indtægt.

b) Aldersbetingelserne

for medlemsskab af en fortsættelsesygekasse svarer nogenlunde til aldersbetingelserne i en sygekasse. Fra 1. januar 1959 er aldersgrænsen opad i fortsættelsesygekasserne vedtægter sat til 60 år mod hidtil 40 år.

c) Helbredsbetjngelser

For en ikke-forsikret, der direkte søger optagelse i en fortsættelsesygekasse, er helbredsbetjngelserne lidt strengere end i sygekasserne, nemlig svarende til betingelserne for optagelse i invalideforsikringen (jfr. dog nedenfor under afsnit 4 om overflytning fra sygekasse til fortsættelsesygekasse).

3. Ventetid ved optagelse

Ved optagelse i den offentlige sygeforsikring gælder en ventetid, som i sygekasserne er 6 uger fra indmeldelsen. I fortsættelsesygekasserne beror ventetidens længde på vedtægten, men er normalt 3 måneder for dem, der direkte optages i fortsættelsesygekasse.

Først efter denne ventetids udløb indtræder ret til ydelser fra kassen. Der er dog en adgang til hjælp i anledning af ulykkestilfælde i ventetiden.

4. Overflytning mellem de to systemer

Såfremt et nydende sygekassemedlems økonomiske forhold forbedres, således at han ikke længere opfylder de økonomiske betingelser for at være medlem af sygekassen, skal han overgå enten til at blive bidragydende medlem af kassen (jfr. herom nedenfor under afsnit 7) eller til at blive medlem af

en fortsættelsesygekasse. Hvis sygekassen har en afdeling for bemidlede, hvilket er tilfældet enkelte steder, skal han overgå til denne i stedet for til en fortsættelsesygekasse.

Omvendt skal et medlem af fortsættelsesygekassen, som ikke længere opfylder de økonomiske betingelser for medlemsskab, overgå til at være medlem af en anerkendt sygekasse.

Ved nydende medlemmers overgang mellem de to slags forsikringer gælder ingen alders- og helbredsbetjngelser, og der gælder ingen ventetid for retten til ydelser fra den nye kasse.

5. Fremgangsmåden ved indmeldelse

Indmeldelse i sygekasse foregår ved udfyldelse af et optagelseskema. Sygekassen kan forlange en lægeerklæring om ansøgerens helbredstilstand.

Optagelse i fortsættelsesygekasse foregår, som det er nævnt foran, i de fleste tilfælde ved overførelse fra sygekasse, men kan også foregå ved direkte indmeldelse i en fortsættelsesygekasse og i så fald på lignende måde som i en sygekasse.

Hvis der er givet urigtige oplysninger om helbredstilstand m. m. ved optagelse i sygeforsikringen, kan medlemsretten ophæves. Man kan også senere miste sin medlemsret ved at udvise svig over for sygekassen.

6. Udlændinges rettigheder

Enhver, der opfylder optagelsesbetjngelserne, har ret til at blive nydende medlem af en af de to former for sygeforsikring. Denne ret gælder derfor også udlændinge, som er bosat her i landet. For visse landes statsborgere gælder særlige konventionsbestemmelser om ret til overflytning fra hjemlandets sygeforsikring til den danske forsikring uden ventetid og andre betjngelser.

7. Sygeforsikringens frivillige karakter.

Det bidragydende medlemsskab

Det er i reglen frivilligt, om man vil være *nydende medlem* af sygeforsikringen. Inva-

lide- og folkepensionister og lærlinge skal dog være nydende medlemmer.

Derimod skal alle danske statsborgere, som er bosat her i riget, eller som er forhyret med dansk skib, og som ikke er nydende medlemmer af en sygekasse eller en fortsættelsessygekasse, indmelde sig som *bidragydende medlemmer* af en sygekasse, eventuelt af en fortsættelsessygekasse. Denne pligt gælder ikke udlændinge, selv om de bor her i landet.

Begæring om optagelse skal fremsættes senest 3 måneder efter, at man er fyldt 21 år. For bidragydende medlemsskab gælder samme alders- og helbreds-betingelser som for nydende medlemsskab, men derimod gælder ingen økonomiske betingelser.

Hvis helbreds-betingelserne ikke er opfyldt, skal optagelse igen begæres senest 3 måneder før 30 års alderen. Hvis helbreds-betingelserne heller ikke på dette tidspunkt er opfyldt, udfærdiges fra sygekassen et bevis for, at pligten til at forsøge indmeldelse er opfyldt, og pågældende har derefter ikke yderligere pligt til at søge optagelse.

Hvis en person ikke overholder pligten til at blive bidragydende medlem, pålægger kommunalbestyrelsen ham at udrede en ydelse på 30 kr. for hvert år, han har tilsidesat denne pligt. I de fleste tilfælde indtræder pligten til medlemsskab før det fyldte 40. år, og ydelsen udredes da kun til dette tidspunkt; ellers udredes den til det 60. år. Ydelsen er større end summen af kontingentet for bidragydende medlemsskab og kontingentet til invalideforsikringen (se nedenfor under afsnit C1.). Den opkræves og inddrives af kommunalbestyrelsen efter samme regler som dem, der gælder for opkrævning af kommuneskat.

Bidragydende medlemmer har ikke ret til at modtage ydelser fra sygeforsikringen. Deres medlemsskab giver dem derimod ret til senere, uanset helbrestilstand eller alder at gå over til at være nydende medlemmer, hvis indtægten og formuen er under sygekassegrænsen. Ved sådan overgang får de dog først ret til hjælp efter V2 års ventetid.

I vedtægten kan en sygekasse bestemme, at

også personer, der ikke har pligt til at være bidragydende medlemmer, kan optages som sådanne, men uden ret til at overgå til at være nydende, d. v. s. et bidragydende medlemsskab af en anden karakter end det pligtige. Reglen må ses i sammenhæng med, at det tillige kan bestemmes, at bidragydende medlemmer mod at betale højere kontingent kan få stemmeret i kassen.

8. Dobbeltforsikning

Ingen kan være medlem af mere end én anerkendt sygekasse, og samtidigt medlemsskab af en anden sygeforsikring skal anmeldes for sygekassen. Forskellige bestemmelser tilsigter at forhindre, at nogen ved en sådan fremgangsmåde skulle opnå dobbelt dækning for udgifter i sygdomstilfælde.

9. Sammenhæng med invalideforsikringen

Enhver person, der optages i en anerkendt sygekasse som nydende eller bidragydende medlem uden vedtegning om tilstedeværende hyppigt tilbagevendende eller uhelbredelig sygdom eller legemssvaghed, er tillige invalideforsikret. Det samme gælder enhver person, der er optaget som nydende eller bidragydende medlem af en fortsættelsessygekasse. I tilfælde af vedtegning må spørgsmål om optagelse i invalideforsikringen forelægges direktoratet for sygekassevæsenet.

10. Sammenhæng med retten til indtægtsbestemt folkepension

Overholdelse af pligten til nydende eller bidragydende medlemsskab er en betingelse for, at en person kan blive berettiget til at oppebære indtægtsbestemt folkepension.

11. Udmeldelse af sygeforsikringen

Pligten til at være bidragydende medlem ophører ved det fyldte 60. år, og udmeldelse kan herefter finde sted. En sådan udmeldelse skal ske skriftligt og på en særlig blanket, der fås hos sygekassen. I blanketten er der gjort opmærksom på, at den pågældende ved udmeldelse i denne alder ikke kan genhverve sin ret som medlem og mister retten til at modtage indtægtsbestemt folkepen-

sion og den begravelseshjælp, han havde sikret sig i sygekassen. Endvidere mistes adgangen til hjælp efter folkeforsikringslovens § 60 (helbredelsesforanstaltninger, hjælpemidler m. m. for invalideforsikringsfondens regning).

C. FORSIKRINGENS FINANSIERING

Sygekassernes og fortsættelsesygekassernes virksomhed finansieres hovedsagelig ved medlemmernes kontingenter. Hertil kommer dog for sygekasserne betydelige statstilskud.

1. Kontingentets størrelse

De *nydende* medlemmers bidrag fastsættes således, at de i forbindelse med kassernes øvrige ordinære indtægter - herunder statstilskud — skal være tilstrækkelige til at fyldestgøre kassernes forpligtelser til at udrede de forskellige ydelser og til at danne den fornødne reservefond. Størrelsen af dette kontingent varierer derfor efter de forskellige kasser, men det er inden for samme kasse principielt lige stort for alle medlemmer.

Kontingentet for *bidragydende* medlemmer er fastsat i loven og udgør 2 kr. 40 øre årligt. Disse medlemmer skal tillige betale invalidepræmie, der andrager 21 kr. 60 øre årligt, og det samlede beløb, der opkræves af sygekassen, er således 24 kr. årligt.

2. Kontingentrestance

Hvis kontingentet til en sygekasse ikke betales i tide, og restancen omfatter 2 måneder, tabes retten til hjælp af kassen. Hvis denne restance betales inden udgangen af den 3. måned, generhverves retten, men først efter 7 dages ventetid. Betales restancen ikke inden udgangen af den 3. måned, overføres medlemmet til at være bidragydende. Betaler den pågældende heller ikke kontingentet for bidragydende medlemskab, overgives sagen til kommunalbestyrelsen, der inddriver denne restance efter reglerne for inddrivelse af kommunale skatter. Betales restancen som bidragydende medlem ikke senest V2 år efter vedkommende regnskabsårs slutning, mistes adgangen til at overgå til at blive nydende medlem og adgangen til at få invalidepen-

sion og indtægtsbestemt folkepension. Disse rettigheder kan generhverves ved, at hele den påløbne restance betales, dog ikke hvis pågældende er over 40 år og er i restance for mere end 5 år. I sidstnævnte tilfælde er det helt udelukket igen at komme ind i forsikringen.

3. Kontingenthjælp fra kommunen

Hvis et ubemidlet, nydende medlem eller et bidragydende medlem ikke kan betale sit kontingent, fordi han er i økonomisk trang, og denne trang skyldes sygdom, betydeligt nedsat arbejdsevne, arbejdsløshed, militærindkaldelse eller store forsørgerbyrder, kan han af sin opholdskommune få hjælp til betaling af kontingentet. Det er dog en betingelse, at pågældende ikke i de sidste 5 år har ført et levned, der i det almindelige om-dømme vækker forargelse. Hjælpen betragtes som særhjælp, hvis der i forvejen ydes sådan hjælp; i andre tilfælde betragtes den som kommunehjælp og skal i så fald tilbagebetales.

D. FLYTTEREGLER

Ved varig flytning fra en sygekasses (eller fortsættelsesygekasses) område til en anden kasses område skal medlemmet sørge for at blive overflyttet til en kasse på det nye sted.

Til denne overflytning har han ret ifølge særlige overflytningsregler.

E. SYGEFORSIKRING UNDER OPHOLD I UDLANDET

Danske, der bor i udlandet, har ikke ret til at være medlemmer af en dansk sygekasse. Ved flytning til udlandet må medlemsforholdet derfor ophøre, men ifølge praksis kan medlemmet i tilfælde af midlertidigt ophold i udlandet forblive stående som bidragydende medlem af en dansk sygekasse og som medlem af invalideforsikringen i indtil 3 år. I forskellige tilfælde kan sidstnævnte frist forlænges.

Mellem Danmark, Island, Norge og Sve-

rige er afsluttet en traktat, hvorefter medlemsretten overflyttes ved flytning mellem disse lande, og hvorefter den, der er medlem af sygeforsikringen i sit eget land, ved midlertidigt ophold i et andet af landene har ret til hjælp fra dette lands sygeforsikring.

Også med andre lande er der indgået overenskomster, der åbner mulighed for overflytning af medlemskab af sygeforsikringen.

F. SYGEFORSIKRINGENS YDELSER

1. Sygekassernes

ydelse er dels obligatoriske, dels frivillige.

Kasserne har efter folkeforsikringsloven *pligt* til at yde fri almindelig lægehjælp, frit sygehusophold, tilskud til såvel livsvigtig som særlig betydningsfuld medicin, en beskeden dagpengehjælp, gratis hjemmesygepleje, fri jordemoderhjælp og fornøden lægehjælp i forbindelse med fødsel, særlige barseldagpenge og begravelseshjælp. Endvidere skal kommunen yde sygekassemedlemmer fribefordring til læge og sygehus.

Kasserne *kan* i vedtægten optage bestemmelse om ydelse af tilskud til speciallægehjælp, tandpleje, massagebehandling og medicinske bade, visse arter af medicin m. v. ved alvorlig og langvarig sygdom, bandager og briller samt ydelse af ophold på rekonvalescenthjem.

Sygeforsikringens dagpengehjælp suppleres rent faktisk af hovedorganisationernes sygelønsordning. Sygekasserne har påtaget sig at udbetale denne sygeløn.

2. Fortsættelsesygekasserne

yder delvis refusion af medlemmernes udgifter til såvel almindelig lægehjælp som speciallægehjælp og jordemoderhjælp. Endvidere ydes frit sygehusophold på fællestue. Kasserne yder som regel ikke hjælp til medicin og tandbehandling, medens de ofte yder hel eller delvis dækning af udgifter til ophold på rekonvalescenthjem. Kassernes medlemmer er som regel omfattet af begravelsesforsikringen.

Apotekerfonden yder tilskud til medicin efter regler, der navnlig har betydning for fortsættelsesygekassernes medlemmer og andre, som ikke er nydende medlemmer af en sygekasse.

G. VARIGHEDEN AF SYGEFORSIKRINGENS YDELSER. FORTSAT SYGEKASSEHJÆLP

1. Sygekasserne

yder hjælp i højst 60 uger (420 dage) i tre på hinanden følgende år. Indenfor denne periode kan dagpenge dog højst ydes i 26 uger i løbet af 12 måneder; denne periode opdeles i vedtægten ofte til højst 13 uger inden for 6 måneder.

Varigheden kan ikke fortages vilkårligt ved en for tidlig raskmelding eller ved undladelse af at kræve en pengehjælp, som medlemmet har ret til at få.

Når retten til hjælp af sygekassen er opbrugt, bliver pågældende bidragydende medlem (med hvilende medlemskab). Herefter kan medlemmet få særhjælp (fortsat sygekassehjælp) efter forsorgsloven, hvis han er økonomisk trængende. Trangsbedømmelsen er noget lempeligere end den almindelige bedømmelse i forsørgelsessager, men dog ikke så lempelig, at alle under sygekassegrænsen vil have ret til denne hjælp. Tillige skal forskellige andre betingelser opfyldes, herunder at der ikke er modtaget kommunehjælp samtidig med sygekassehjælp, eller at sådan hjælp nu ydes.

Særhjælpen er i princippet af samme størrelse som den hjælp, der kunne ydes fra sygekassen, og den kan principielt gives i en periode af samme længde.

Når den fortsatte sygekassehjælp er opbrugt, kan pågældende påny blive nydende sygekassemedlem, såfremt han på dette tidspunkt ved lægeattest godtgør, at han er arbejdsfør. Tilsvarende gælder, når der er forløbet 12 måneder fra ophøret: af sygekassens ydelser for den, der ikke har kunnet få fortsat sygekassehjælp.

Hvis en sådan lægeattest ikke kan fås, vil pågældende normalt opfylde betingelserne

for at få invalidepension. Gives der afslag på begæring om invalidepension med den begrundelse, at erhvervsevnen ikke er nedsat tilstrækkeligt, vil medlemmet på dette grundlag - uanset den tidligere lægeerklæring om det modsatte - blive anset for arbejdsfør og påny få ret til hjælp af sygekassen.

2. Fortsættelsessygekassernes hjælp er også begrænset i varighed. Her er forholdet ordnet på den måde, at vedtægterne indeholder en bestemmelse om, at medlemmet i en vis periode må få en hjælp, der

i alt udgør et vist beløb. Opbruges denne hjælp, overføres pågældende til at være bidragydende medlem. Sker dette efter, at han har passeret aldersgrænsen for direkte optagelse, kan genindtræden være udelukket.

H. KLAGEADGANGEN

Hvis et medlem ønsker en sygekasses afgørelse undersøgt, kan han klage til direktøren for sygekassevæsenet. Dennes afgørelser kan indankes for socialministeren, hvis afgørelser er endelige.

II. ANDRE FORMER FOR HJÆLP UNDER SYGDOM M.V.

Ud over den foran omtalte fortsatte sygekassehjælp, der kan ydes som særhjælp, når retten til sygekassehjælp er opbrugt, forekommer der uden for sygeforsikringen forskellige andre former for offentlig virksomhed på sygdoms- og sundhedsområdet.

A. SYGEHJÆLP TIL PERSONER, DER IKKE ER MEDLEMMER AF DEN OFFENTLIGE SYGEFORSIKRING ELLER I ØVRIGT IKKE KAN FÅ HJÆLP FRA DENNE

Personer, som ikke er sygeforsikrede, men lider af en hyppigt tilbagevendende eller uheldbreddelig sygdom eller legemssvaghed, kan iflg. forsorgslovens § 248 under forskellige betingelser få særhjælp, bl. a. til kur og pleje, såfremt de er økonomisk trængende. Trangsbedømmelsen er lidt lempeligere end den almindelige trangsbedømmelse i forsørgselsager.

Denne regel tager bl. a. sigte på de personer, som ikke har opfyldt helbredsbetingelserne for at komme i sygekasse. Reglen dækker ikke alle, der ikke er sygeforsikrede, og som er i trang, men der findes forskellige andre regler, der omfatter nogle af disse personer.

Invalide- og folkepensionister kan således iflg. folkeforsikringslovens § 79 i trangstilfælde få nødvendig lægehjælp, kur og pleje af deres opholdskommune. Der kan herved erindres om, at disse persongrupper har pligt til at søge optagelse som nydende medlemmer af en sygekasse, og reglen i § 79 har derfor alene betydning for dem, der ikke opfylder betingelserne for at blive nydende medlemmer, eller som har opbrugt deres hjælp.

Personer under *sarforsorg* får stort set deres behov for sygehjælp dækket efter reglerne herom. Tilsvarende gælder personer, der falder ind under den lovpligtige *ulykkesforsikring*, når sygekassen ikke betaler.

Som led i de sociale udvalgs ydelse af almindelig forsørgseshjælp til *trængende* kan der også ydes sygehjælp. Som særhjælp ydes lægehjælp, tandlægehjælp, massage, sygegymnastik m. m., jordemoderhjælp og fribefordring. Hjemmesygepleje til trængende ydes ligeledes uden betaling. Derimod kan sygehushjælp kun gives som kommunehjælp.

Om *jordemoderhjælpen* kan specielt bemærkes, at forsorgsloven har en bestemmelse, som sikrer kaution fra de sociale udvalg over for jordemoderen, også for personer, som

ikke er trængende. I sidstnævnte tilfælde skal pågældende derefter selv erstatte kommunen udgiften.

Til børn, for hvilke der udbetales *forskudsvi* bidrag fra det offentlige, kan der i sygdomstilfælde pålægges den bidragspligtige et særskilt bidrag, som derefter kan udbetales forskudsvi af det offentlige.

Invalideforsikrede eller pensionister, børn under 15 år og personer i alderen 15-18 år, som på grund af helbredsforholdene ikke har kunnet optages i invalideforsikringen, kan få hjælp fra *invalidefor sikringsfonden* til bl. a. kur og pleje, når dette begrundes i hensyn til erhvervsvenen. Endvidere kan invalideforsikringsfonden yde hjælp til bandager m. m. til de samme personer, hvis anskaffelsen i betydelig grad vil formindske en invaliditet.

B. HUSMODERAFLØSNING

Også for sygebehandlingen er det af betydning, at der kan skaffes afløsning i hjemmet, når en husmoder er syg. Med henblik herpå er der indført husmoderafløsning i størstedelen af landet (bl. a. i alle købstæder med over 5.000 indbyggere). Ordningen forestås af kommunerne, ofte dog administreret af andre, f. eks. sygekasser, og den står til rådighed for alle. Der kan gives bistand i indtil 14 dage i forbindelse med husmoderens sygdom eller fødsel. For husmoderafløsningen betales efter en særlig skala, således at de mindstbemidlede får husmoderafløsningen gratis, og således at betalingen for andre varierer i takt med størrelsen af statsskatten indtil et vist maksimum, der nogenlunde svarer til den udgift, almindelig konehjælp ville medføre.

Endvidere er der en endnu videre adgang til som særhjælp at give huslig bistand til hjem, hvor der ellers kunne blive tale om at fjerne børnene på grund af moderens sygdom.

C. SUNDHEDSFREMMENDE FORANSTALTNINGER

En række foranstaltninger, der står til rådighed for alle, uanset om de er sygeforsikrede, bør også nævnes i denne sammenhæng.

Gravide kvinder, der opfylder de økonomiske betingelser for optagelse i en anerkendt sygekasse, kan efter forløbet af den 3. svangerskabsmåned daglig få V2 liter sødmælk gratis. I 6 måneder efter fødslen ydes der under samme betingelser moderen 1 liter sødmælk om dagen gratis.

Af andre foranstaltninger kan nævnes læge- og jordemoderundersøgelser af gravide kvinder, lægeundersøgelser af børn under skolealderen, spædbørnsundhedsplejersker, skolelægeordningen, vaccination mod kopper og difteri m. m. Disse foranstaltninger er gratis for alle i de aldersgrupper, der omfattes af dem.

D. SYGEHUSTAKSTERNE

For alle - både sygeforsikrede og ikke-sygeforsikrede — spiller det den måske væsentligste rolle, at det offentlige sygehusvæsen kun opkræver en lille takst for benyttelsen af sygehusene. Denne takst, for tiden fra 1,20 kr. til 16,00 kr. pr. sygedag (og sygekasserne betaler heraf kun halv takst), udgør kun en brøkdel af de virkelige udgifter ved sygehusenes drift. Resten af udgifterne dækkes af sygehusenes ejere (amts- og købstadkommuner, eventuelt staten) og ved stats-tilskud.

Foranstående redegørelse vedrører hverken Færøerne, hvis sygeforsikringsordning principielt svarer til ordningen i den øvrige del af riget med de ændringer, der nødvendiggøres af øernes særlige forhold, eller Grønland, som overhovedet ikke omfattes af sygeforsikringslovgivningen.

III. STATISTISKE OPLYSNINGER OM DEN OFFENTLIGE SYGEFORSIKRINGS UDBREDELSE OG DET OFFENTLIGES STØTTE TIL DEN M. V.

Tabel 1. Medlemstal i sygekasser og fortsættelsesygekasser pr. 31/12 1957^a).

A. Anerkendte sygekasser.	Hovedstaden	Provinsbyerne	Landkommunerne	Hele Landet
1. Almindelige sygekasser				
a. Alm. ubemidlede nydende medlemmer	598.980	660.033	1.136.306	2.395.319
Medlemmer efter § 74, stk. 2 ^b)	26.057	14.066	16.022	56.145
Kronisk syge medlemmer ^c)	25.009	9.955	9.453	44.417
Ialt ubemidlede, nydende medlemmer	650.046	684.054	1.161.781	2.495.881
b. Bidragydende medlemmer	136.554	49.221	84.908	270.683
Samlet antal medlemmer i alm. sygekasser . .	786.600	733.275	1.246.689	2.766.564
2. Sygekassernes afdelinger for bemidlede, nydende medlemmer	—	—	—	8.976
3. Statsbanepersonalets sygekasse				
a. Ubemidlede, nydende medlemmer	—	—	—	37.357
Bemidlede » »	—	—	—	3.780
b. Bidragydende medlemmer	—	—	—	109
Samlet antal medlemmer	—	—	—	41.246
B. Fortsættelsesygekasserne.				
a. Nydende medlemmer	—	—	—	392.545
b. Bidragydende medlemmer	—	—	—	3.023
Samlet antal medlemmer	—	—	—	395.568
C. Samlet antal medlemmer i offentlig sygeforsikring				3.212.354

a) Ekskl. Færøerne.

b) D.v.s. medlemmer, der var fyldt 40 år 1. oktober 1933, og som først indmeldtes efter denne dato; der ydes et særligt statstilskud for disse medlemmer, jfr. tabel 4.

c) D.v.s. medlemmer, der er optaget med vedtegning om sådanne sygdomme; der ydes et særligt statstilskud for disse medlemmer, jfr. tabel 4.

Tabel 2. Medlemstallet i den samlede offentlige sygeforsikring i procent af den voksne befolkning 31. december 1957.

	I pct. af befolkningen over 15 år
Ubemidlede, nydende medlemmer i sygekasserne	76 pct.
Bemidlede, nydende medlemmer i syge- og fortsættelsesygekasserne	13 pct.
Bidragydende medlemmer i syge- og fortsættelsesygekasserne	8 pct.
Ialt tilsluttet den offentlige sygeforsikring	97 pct.

Tabel 3. Kontingent og udgifter i sygekasser og fortsættelsesygekasser 1957.

	Sygekasser	Statsbanepersonalets sygekasse	Fortsættelsesygekasser
	kr.	kr.	kr.
A. Kontingent.			
Nydende medlemmer, ialt	202.865.200	} 3.680.000	} 31.600.000
Bidragydende » , ialt	670.800		
Gennemsnitligt pr. nydende medlem	80,95	89,13	81,59
Gennemsnitligt pr. bidragydende medlem (fastsat i loven)	2,40	2,40	2,40
B. Udgifter.			
Udgifter ialt	307.900.000	4.900.000	29.800.000
Gennemsnitligt pr. nydende medlem	122,85	119,11	78,46

Tabel 4. Offentlige tilskud til sygekasserne 1957³⁾.

A. Statstilskud.

	kr.
Almindelige tilskud	63.227.400
Tilskud for medlemmer efter § 74, stk. 2 ^{a)}	247.600
Tilskud for kronisk syge medlemmer ^{a)}	777.000
Tilskud for livsvigtige lægemidler	7.730.000
Statstilskud ialt	71.982.000
Statstilskud pr. nydende medlem	28,72

B. Kommunernes tilskud.

Tilskud for medlemmer efter § 74, stk. 2 ^{a)}	248.000
Tilskud for kronisk syge medlemmer ^{a)}	777.000
Refusion af barseldagpenge	1.520.000
Ialt lovpligtige kommunetilskud	2.545.000
Frivillige kommunetilskud	3.760.000
Kommunetilskud ialt	6.305.000
Kommunetilskud pr. nydende medlem	2,53

a) Se herom noterne b) og c) til tabel 1, foran.

Tabel 5. Medlemsbidrag betalt af kommunerne 1957.

	Bidrag		Antal medlemmer, der har modtaget kontingenthjælp	
	Ialt	I pct. af samlet bidrag	Ialt	I pct. af medlemstal
	kr.	pct.	pel.	
Hovedstaden	963.000	1,4	16.513	2,6
Provinsbyerne	2.726.600	3,5	43.903	6,4
Landkommunerne	1.100.900	1,4	22.925	2,0
Ialt	4.790.500	2,4	83.341	3,3

³⁾ Der henvises om sygekassernes øvrige indtægter til kapitel 10, side 134 f.

Tabel 6. Antal modtagere af kontingenthjælp fordelt efter hjælpens form.

	I pct. af samtlige, der har modtaget kontingenthjælp
Modtaget som særhjælp	68,0
Modtaget som kommunehjælp uden tab af valgret . . .	31,6
Modtaget som kommunehjælp med tab af valgret	0,4
	100,0

Endvidere findes i bilag I⁴⁾ til betænkningen en række mere specificerede statistiske oplysninger.

⁴⁾ Se side 234.

KAPITEL 4

Nogle udenlandske sygeforsikringsordninger

I det følgende omtales alene sygeforsikringsordningerne i Sverige, Norge og England, i hvilke lande der i de senere år er indført nyordninger, som dækker alle. For

at give baggrunden for de ændringer, der ved disse lejligheder foretoges i systemerne, indledes hvert afsnit med en kortfattet historisk redegørelse for hovedprincipperne.

I. SVERIGE

A. DEN HISTORISKE UDVIKLING

Den første svenske sygeforsikringslov er fra 1891. Den gav en række bestående hjælpkasser for syge- og begravelseshjælp, som var startet på privat initiativ, bl. a. inden for arbejder- og afholdsbevægelsen, adgang til at blive registreret og dermed blive berettiget til et mindre tilskud fra staten. Forsikringen var altså frivillig.

Også de senere sygeforsikringsregler, senest forordningen fra 1931 om »erkända sjukassor«, byggede på frivillighedsprincippet. Der fandtes ingen regler om en økonomisk grænse for adgang til medlemsskab.

I 1954 var over $\frac{2}{3}$ af befolkningen forsikret. Der rettedes dog forskellige indvendinger mod systemets effektivitet, navnlig at den kontante sygehjælp - *dagpengeydelse* — på grund af prisudviklingen var blevet utilstrækkelig, jfr. at dagpengene i 1954 gennemsnitlig kun udgjorde 2,50 kr. pr. dag. Hertil kom den indvending, at den *økonomisk dårligst stillede del af befolkningen i stor udstrækning holdt sig uden for den frivillige forsikring*, skønt det dog var den,

der ville blive ramt hårdest: i tilfælde af sygdom.

På baggrund heraf foreslog Socialvårds-kommittén af 1938 i sin betænkning af 1944, at der indførtes en obligatorisk sygeforsikring. Med hensyn til kontanthjælpen indeholdt forslaget regler om en ydelse, der var graderet efter indkomst under hensyn til, at personer med højere indkomst får større indtægtstab under sygdom. Regeringen kunne imidlertid ikke tilslutte sig denne ordning, men gik ind for, at dagpengene skulle være ens for alle forsikrede, således at der til alle udbetaltes et beløb, der svarede til en rimelig minimumsstandard. Herudover skulle den enkelte have mulighed for at sikre sig yderligere dagpengehjælp gennem en statsunderstøttet frivillig forsikring. Regeringsforslaget adskilte sig endvidere fra kommittéens forslag ved, at sygehushjælp og medicinhjælp blev taget ud af forsikringen og gjort til selvstændige, gratis ydelser fra statens side. Endelig gik regeringsforslaget ind for, at der kun skulle opkræves lave afgifter fra de forsikrede, d. v. s., at der ville blive højere udgifter for staten. Regeringsforslaget

blev efter en livlig diskussion vedtaget i 1947. Lovens oprindelige ikrafttræden var fastsat til 1. juli 1950, men blev under hensyn til en forestående omlægning af kommuneinddelingen og af finansielle årsager udskudt, først til den 1. juli 1953 og dernæst på ubestemt tid.

Efter at Socialvårdskommittén i en betænkning fra 1951 om ulykkesforsikringen havde påpeget, at sygeforsikringsloven fra 1947 havde umuliggjort den *koordinering af syge- og ulykkesforsikringen*, man hidtil havde anset for ønskelig, nedsattes der i 1952 et nyt udvalg, der skulle undersøge mulighederne for en koordinering af de to forsikringsgrene og samtidig overveje, hvordan man kunne *nedbringe state?is udgifter* ved sygeforsikringsreformen og omlægge forsikringsydelse, således at disse kom til at passe bedre til det stigende prisniveau. Udvalget afgav i november samme år en betænkning om sygeforsikring og ulykkesforsikring, der mundede ud i et forslag om betydelige ændringer i sygeforsikringsloven fra 1947. På grundlag af udvalgets forslag gennemførtes den 19. juni 1953 en lov om ændring af 1947-loven, hvorved man gennemførte en samordning af syge- og ulykkesforsikringens dagpengeregler. For så vidt angår sygeforsikringen, forlod man enhedslinien med hensyn til dagpengespørgsmålet, og der indførtes i stedet en ordning, hvorefter de forsikrede blev inddelt i forskellige dagpengeklasser, således at dagpengene til en vis grad kom til at afhænge af indkomstbortfaldet ved sygdom. Endvidere blev sygehushjælpen påny gjort til en sygeforsikringsydelse. Samtidig blev sygeforsikringsreformens ikrafttræden fastlagt til den 1. januar 1955.

B. DEN NUVÆRENDE ORDNINGS HOVEDPRINCIPPER

Sygeforsikringsreformen omfatter hjælp ved *sygdom og moderskab*. Derimod har man ikke medtaget medicinsk behandling af rent forebyggende art. Moderskabshjælpen omhandles vel i en speciel lov, men da hjæl-

pens ydelse forudsætter medlemsskab i sygeforsikringen, er det naturligt at opfatte hjælpen som en bestanddel af denne. Forsikringen står *åben for enhver*, uanset alder og helbredstilstand, og medlemsskabet er *pligtigt* for enhver over 16 år, der har bopæl i Sverige og enten er svensk statsborger eller mandtalsskrevet i landet. Systemet er, hvad denne pligt angår, i realiteten *automatisk*, idet sygekasserne om fornødent selv foretager indskrivningen af de forsikringspligtige på grundlag af oplysninger fra folkeregistre, og kontingentrestance medfører ikke slettelse, men bæres af staten, jfr. nærmere herom nedenfor i afsnit D.

Forsikringen kan opdeles i en sygehjælpsforsikring og en dagpengeforsikring.

a) *Sygehjælpsforsikringen* er opbygget efter det såkaldte refusionssystem, hvorved man i stedet for at stille forskellige sygehjælpsorganer til medlemmers disposition yder disse godtgørelser for deres sygehjælpsudgifter. Godtgørelse ydes for udgifter til *lægehjælp, sygehusophold og befordring* til og fra sygebehandling. Godtgørelsen til lægehjælp andrager $\frac{3}{4}$ af udgiften, men kan dog hverken for almindelig lægehjælp eller speciallægehjælp overstige $\frac{3}{4}$ af en af regeringen fastsat lægehjælpstakst, og denne takst er *ikke* bindende for lægerne. Godtgørelsen til sygehusophold svarer til udgiften ved indlæggelse på fællesstue på hjemstedssygehuset. Udgiften til *tandbehandling* ligestilles med lægehjælpsudgiften, når behandlingen udføres på centraltandpoliklinik, tandlægehøjskole eller offentligt sygehus. Desuden kan den enkelte kasse vedtage at yde såkaldte merpræstationer, d. v. s. godtgørelse til *massage, sygegymnastik, ophold på rekonvalescenthjem m. v.*

b) *Dag pengeforsikringen* tilsikrer ethvert sygekassemedlem, som har en arbejdsindtægt på mindst 1.200 kr. årligt, samt alle gifte hjemmевærende kvinder et dagpengegrundbeløb af 3 kr. Til et medlem, der må anses som hovedfamilieforsørger, ydes endvidere børnetillæg, der udgør 1 kr. pr. dag for 1 barn eller 2 børn, 2 kr. pr. dag for 3 eller

4 børn og 3 kr. pr. dag for 5 børn og derover.

Herudover har ethvert medlem, der har en årlig indtægt af arbejde for andre på mindst 1.800 kr., *pligt til at sikre sig tillægsgodtgørelse*, hvis størrelse afhænger af, hvilken indkomstgruppe pågældende tilhører.

Personer, hvis indtægt hidrører fra arbejde for egen regning, kan ud over dagpengegrundbeløbet *frivilligt sikre sig en supplerende dagpengeydelse*, således at den samlede dagpengeydelse udgør op til samme beløb, som udbetales til personer med en indtægt af tilsvarende størrelse hidrørende fra arbejde for andre.

Endvidere kan hjemmeværende kvinder og studerende uden arbejdsindtægt gennem en frivillig forsikring henholdsvis forhøje dagpengeydelsen eller sikre sig en dagpengeydelse, således at denne udgør 6 kr. pr. dag.

Under sygehusophold erstattes dagpengene af en noget mindre ydelse, de såkaldte *hjemmepenge*.

c) *Medicinhjælpen* består i, at præparater, som er ordineret af lægen, på apoteket udleveres enten gratis eller til nedsat pris.

d) *Moderskabshjælpen* omfatter dels en moderskabsydelse dels godtgørelse for udgifterne i forbindelse med selve fødslen.

e) Med den nye ordning er som foran nævnt gennemført en *koordinering af syge- og ulykkesforsikringen*. Dette er ordnet ved indførelse af en såkaldt *samordningstid*, inden for hvilken al hjælp i anledning af et ulykkestilfælde under arbejde eller en erhvervssygdom ydes og endeligt bæres af sygeforsikringen. Samordningstiden ophører 90 dage efter ulykken eller på det tidspunkt, da man måtte have konstateret en invaliditetstilstand, som berettiger til livrente. Ulykkesforsikringens område bliver således udelukkende livrente, erstatning ved dødsfald samt under lange sygeperioder dagpenge. Man har regnet med, at omkring 95 pct. af alle arbejdsulykker og erhvervssygdomme på denne måde skulle blive dækket udelukkende gennem sygeforsikringen.

C. FORSIKRINGENS ORGANISATION

Forsikringen varetages gennem de almindelige sygekasser («allmänna sjuk-kassor»), der er opstået ved omdannelse af de bestående anerkendte sygekasser («erkända sjuk-kassor»), som var oprettet i henhold til sygeforsikringsforordningen fra 1931.

Der er to grupper af almindelige sygekasser: *centralsygekasser* og *lokalsygekasser*.

Der findes én centralsygekasse for hver amtskommune («landstingskommune») og for hver by, som ikke hører til en amtskommune.

De centralsygekasseområder, der ikke består af en by, er igen inddelt i *lokalsygekasseområder*, som hver for sig omfatter en eller flere kommuner. Lokalsygekassen skal være tilsluttet den centralsygekasse, inden for hvis område den er beliggende.

Enhver sygekasse bærer selv ansvaret for sin virksomhed og har sine egne vedtægter. Dens anliggender varetages af en *bestyrelse* og et *repræsentantskab* («ombudsmöte»), hvis medlemmer vælges af kommunalbestyrelsen. Repræsentanter for centralsygekasserne vælges af de pågældende lokalsygekassers repræsentantskaber. En lokalsygekasses bestyrelse består af 5-7 medlemmer, der udpeges af repræsentantskabet bortset fra et medlem, som udpeges af centralsygekassen. Centralsygekassens bestyrelse har 7-9 medlemmer. Heraf er et medlem udnævnt af tilsynsmyndigheden for sygekasserne («riks-försäkringsanstalten»), et af medicinalstyrelsen, et af amtskommunen og de øvrige af repræsentantskabet.

Forholdet mellem centralsygekassen og den dertil knyttede lokalsygekasse er hovedsagelig af financier art. *Lokalsygekassen* er ansvarlig for *udbetalingen* af ydelser vedrørende sygehjælpforsikringen, men får af udgifterne hertil - bortset fra merpræstationerne - refunderet ³A fra centralsygekassen. Med hensyn til den obligatoriske dagpengeforsikring hæfter lokalsygekassen for dagpengene for de 90 første sygedage og centralsygekassen for tiden derefter. Også for sine udgifter til dagpenge modtager lo-

kaisygekassen imidlertid $\frac{3}{4}$ refusion fra centralsygekassen.

D. FINANSIERING

Bidragene (afgifterne) fra de *forsikrede* består i et bidrag til sygehjælpforsikringen, et bidrag til dagpengegrundbeløbet og et bidrag til tillægsgdagpengene. Størrelsen af disse bidrag fastsættes for hver enkelt lokalsygekasse af riksforsæringsanstalten efter indstilling fra kassen. Såvel bidraget til sygehjælpforsikringen som bidraget til dagpengegrundbeløbet er ens for alle medlemmer af kassen, men de to bidrag må dog tilsammen aldrig udgøre mere end 2 pct. af den pågældendes skattepligtige indtægt. Derimod er bidraget til tillægsgdagpengene afhængigt af, hvilken dagpengeklasse den forsikrede efter sin indtægt tilhører, således at alle inden for samme dagpengeklasse svarer samme bidrag. Alle slags bidrag indkræves sammen med skatterne. Oppebørselsmyndighederne afregner til sygekasserne det beløb, der er *pålignet* medlemmerne, d. v. s., at staten bærer tabet på restancerne.

De medlemmer, der har tegnet frivillig dagpengeforsikring, indbetaler et bidrag, der er graderet efter dagpengeklasse og alder ved forsikringens tegning. Afgiften betales direkte til vedkommende sygekasse. Sådant forsikring kan kun tegnes i en centralsygekasse, og afgifterne bliver derfor ens inden for hele amtskommunen.

Arbejdsgiverne svarer et bidrag på 1,14 pct. af den udbetalte arbejds løn, hvorved dog ikke er medregnet den del af den enkeltes arbejds løn, der overstiger 15.000 kr. årligt. Bidraget opkræves sammen med bidraget til den obligatoriske ulykkesforsikring. Det foredeles til centralsygekasserne.

Staten yder et tilskud på 50 pct. af udgifterne til lægehjælp og sygehjælp samt dagpengegrundbeløbet og 75 pct. af udgifterne til børnetillæg. Til medicinordningen ydes et tilskud på 1,15 kr. pr. sygekassemedlem og til forsikringens administration et tilskud på 4-5 kr. pr. medlem. Endelig ydes et tilskud på 20 pct. til den frivillige dagpengeforsikring, og staten betaler bidraget for medlemmer med indtægt under 1.200 kr.

IL NORGE

A. DEN HISTORISKE UDVIKLING

Den første norske lov om sygeforsikring er fra 1911. Efter den var medlemsskabet i sygeforsikringen *pligtigt* for personer over 15 år med en indtægt ved arbejde for andre under en nærmere fastsat grænse. De, der ikke var omfattet af forsikringspligten, havde ret til *frivilligt* medlemsskab uden hensyn til økonomiske forhold.

Allerede omkring 1920 forelå forslag om at udvide den pligtige sygeforsikring til at omfatte alle, dog med en vis indtægtsgrænse, og i tiden efter 1935 har flere udvalg drøftet det samme spørgsmål og udarbejdet forskellige forslag.

I 1953 ophævedes den indtægtsgrænse, der gjaldt for omfanget af befolkningens *forsikringspligt* (d. v. s. arbejdstagerne). En opgørelse for det følgende år viste, at man var

nået til det resultat, at 90 pct. af Norges befolkning var omfattet af sygeforsikringen. Med en lov af 2. marts 1956 om syketrygd indførtes herefter pligtig sygeforsikring for hele befolkningen. Baggrunden for denne lovændring var, at den del af befolkningen, der stod uden for forsikringen, dels var personer, der af helbredsmæssige grunde var udelukket fra medlemsskab, dels var personer, som på grund af svigtende økonomisk evne, af ukendskab til lovens bestemmelser, af manglende initiativ eller af andre grunde ikke havde benyttet adgangen til at blive medlem.

B. DEN NUVÆRENDE ORDNING HOVEDPRINCIPPER

Sygeforsikrings*pligten* omfatter enhver, der har bopæl i Norge, personer, der uden

at have bopæl, arbejder i en andens tjeneste i Norge, samt norske statsborgere, der har hyre på norske skibe eller arbejder som statens tjenestemænd i udlandet. Forsikret som selvstændigt præmiebetalende medlem er kun den, der er fyldt 18 år, og den, som vel ikke er fyldt 18 år, men selv har en arbejdsindtægt eller erhvervsindtægt på over 1.000 kr. årligt. Et medlems ægtefælle og børn under 18 år er forsikret som *familiemedlemmer*, såfremt de ikke selv har arbejdsindtægt på 1.000 kr. årligt, og de skal ikke betale præmie til forsikringen.

Personer, som har lønnet arbejde for andre, skal være medlemmer af trygdekassen på *arbejdsstedet*, medens andre borgere skal være medlem af *bopælens* trygdekasse. Arbejdsgiverne har pligt til at anmelde såvel indtræden som ophør af arbejdsforhold til trygdekassen, medens ikke-arbejdstagere har pligt til selv at foretage anmeldelse til kassen, dels når de opfylder betingelserne for medlemsskab, dels når de ophører hermed. Pligten til præmiebetaling indtræder imidlertid, uanset om anmeldelse er foretaget, fra arbejdsforholdets begyndelse henholdsvis det tidspunkt, da ikke-arbejdstagerne opfylder betingelserne for medlemsskab, og da retten til sygehjælp tillige er uafhængig af præmiebetalingen, virker ordningen i realiteten som et *automatisk* system.

a) De forsikrede har ret til *lægehjælp* enten som godtgørelse af de udgifter, de har afholdt (refusionssystemet), eller som fri lægehjælp, ydet af de læger, trygdekassen har kontrakt med. Det faktiske forhold er, at refusionssystemet dominerer. Endvidere har medlemmer ret til frit *sygehusophold*. Herudover yder forsikringen visse former for *tandlægebehandling, fysiurgisk behandling, behandling for sprog- og taledefekter, vigtigere lægemidler, ophold og behandling i godkendte revalideringsinstitutioner, fødsels-hjælp, befodringsgodtgørelse, begravelses-hjælp* m. v., og forsikringen kan yde bidrag **til hjemmesygepleje**,

b) *Dagpen* *gef* *or sikringen* er tvungen for arbejdstagere. For alle andre er denne del af

forsikringen frivillig, og de pågældende må normalt opfylde visse helbreds-betingelser for at blive optaget. Medlemmerne er inddelt i klasser efter deres arbejdsindtægter og kan oppebære et dagpengebeløb på fra 3 til 10 kr. pr. dag efter deres indtægtsklasse. Hertil kommer for medlemmer, som forsørger ægtefælle eller børn under 18 år, der er forsikret som familiemedlemmer, et tillæg på 2 kr. for den første forsørgede og 1 kr. for hver af de andre. For enlige forsørgere tillægges yderligere 2 kr. til hushjælp.

C. FORSIKRINGENS ORGANISATION

Sygeforsikringen varetages normalt - som under den tidligere lovgivning - af de såkaldte »*trygdekasser*«, der tillige varetager andre socialforsikringsopgaver, jfr. nedenfor. Herudover findes enkelte »*sykekasser*«, som tidligere har fået godkendelse, men de spiller ingen væsentlig rolle.

Som hovedregel skal der i hver kommune være en trygdekasse. Dens *bestyrelse* består af 5 medlemmer, der vælges af kommunalbestyrelsen, som tillige bestemmer, hvem der skal være formand.

Centralstyret for sygeforsikringen udøves af rikstrygdeverket.

Trygdekasserne varetager andre opgaver end sygeforsikringen. De er således lokale organer for ulykkesforsikringen, for hvilken de tilrettelægger sagerne og udbetaler ydelserne. Desuden har kasserne en del opgaver med arbejdsløshedsforsikringen, idet de opkræver præmier og udbetaler understøttelser.

D. FINANSIERING

Trygdekassens *medlemmer* betaler et bidrag, der er gradueret efter indtægt. Gradueringen foretages efter en normaltarif, der fastsættes af rikstrygdeverket. Gradueringen finder sted efter medlemmernes placering i indtægtsklasser, hvoraf der findes 7 (for ikke-arbejdstagere 8). Størstedelen af forskellen på bidragene i de forskellige indtægtsklasser er begrundet i, at udgiften pr. medlem er højere, jo højere indtægtsklassen

er (også hvis der bortses fra dagpengene), men gradueringen af bidragene er dog noget stærkere, end dette alene kan begrunde, idet der tillige tages sociale hensyn. Selv i den højeste indtægtsklasse overstiger bidraget imidlertid ikke den gennemsnitlige udgift for trygdekassen pr. medlem i den pågældende indtægtsklasse, d. v. s., at den reelle virkning af gradueringen alene er, at de laveste indtægtsklasser får forholdsmæssigt mest af de offentlige tilskud og af arbejdsgiverbidraget.

Den enkelte trygdekasses præmietarif fastsættes ligesom normaltariffen af rikstrygdeverket efter indhentet udtalelse fra kassens styrelse.

Medlemsbidraget er det samme, hvad enten den pågældende er enlig, eller hans forsikring tillige omfatter ægtefælle og børn under 18 år.

For arbejdstagere tilbageholdes bidraget i lønnen, medens ikke-arbejdstagere selv skal indbetale deres præmie forud til trygdekassen.

Arbejdsgiverne betaler et tilskud på 60 pct. af arbejdstagernes bidrag. Tilskuddet indbetales til trygdekassen sammen med det medlemsbidrag, arbejdsgiveren har tilbageholdt i lønnen.

For samtlige medlemmer betaler *kommunen* et tilskud på 22 pct. af medlemsbidraget. Dette tilskud indbetales til trygdekassen.

Staten yder for samtlige medlemmer et tilskud på 20 pct. af medlemsbidraget. Tilskuddet indbetales ikke til de enkelte kasser, men til rikstrygdeverket, der overfører det til en reguleringsfond, som først og fremmest har til formål at søge at holde ensartede bidrag fra de forsikrede.

III. ENGLAND

A. DEN HISTORISKE UDVIKLING

I det 19. århundrede fandtes bestemmelser om hjælp i sygdomstilfælde kun inden for fattiglovgivningen. I løbet af de sidste 50 år er der imidlertid gennemført forskellige socialforsikringsordninger.

Det første skridt henimod oprettelsen af en statsunderstøttet sygehjælpsordning uden for fattigloven blev taget med visse sygehjælpsydelser, der blev indført ved »The National Insurance Act« i 1911. Efter denne lov blev *lægehjælp* uden for hospitaler ydet i henhold til et forsikringssystem »The National Health Insurance Scheme«, der omfattede arbejdere med en løn på under 250 £ (senere forhøjet til 420 £) årligt, men ikke deres familie. *Kun ca. halvdelen af befolkningen var forsikret* under dette system, medens den anden halvdel fortsat måtte *søge lægehjælp* som privatbetalende patienter eller tilslutte sig frivillige sygeforeninger. Den nationale forsikringsordnings administration blev henlagt til forskelligartede forsikringsinstitutioner, hvoraf nogle var oprettet på

andelsbasis, andre var tilknyttet fagforeningerne eller private forsikringsselskaber.

Andre grene af sundhedstjenesten, såsom jordemodervæsen, sundhedspleje, hjemmesygepleje og ambulancetjeneste blev varetaget af en række lokale offentlige eller private organer, hvis virksomhed ikke i større omfang var indbyrdes koordineret.

F. s. v. angår *hospitalerne*, fandtes indtil 1948 to helt forskellige former for hospitalsdrift, de private hospitaler, der finansieredes gennem frivillige bidrag, legatmidler m. v., og hvis lægestab ikke blev lønnet af hospitalet, og de kommunale, der var udviklet på grundlag af ældre tiders fattigasyler.

Siden den første verdenskrig havde der imidlertid været fremgang på mange områder inden for sundhedsvæsenet, som under den anden verdenskrig i visse retninger blev yderligere udbygget. Efter krigens afslutning forelå således den faktiske basis for at gennemføre en offentlig sundhedsordning for hele befolkningen, og derfor vedtoges i 1946 »The National Health Service Act«, der sammen med 2 tilsvarende love for Skot-

land og Nordirland trådte i kraft den 5. juli 1948.

Denne lovgivning tog sigte på at fremme indførelsen af en omfattende obligatorisk sundhedsordning, der skulle tjene til at forbedre befolkningens fysiske og sjælelige sundhed samt til forebyggelse, diagnosticering og behandling af sygdomme og med dette formål for øje at tilvejebringe eller sikre, at nødvendig hjælp stod til rådighed for enhver, der fik behov derfor. Til varetagelse af statens vidtgående forpligtelser på disse områder blev opbygget et net af lokale organer (local health authorities, local executive councils og regional hospital boards), der er ansvarlige for den praktiske gennemførelse af de talrige foranstaltninger, der omfattes af sundhedstjenesten. Den ydede hjælp skulle som hovedregel være gratis. Ved love af 1949, 1951 og 1952 blev der indført visse ændringer, herunder at der blev fastsat betaling for en række ydelser, og der er endvidere indført et fast ugentligt bidrag til sundhedsordningen.

Det var ikke hensigten, at det nye system skulle betyde et fuldstændigt brud med fortiden, men formålet var en udvidelse, så at ydelser, der hidtil kun havde været tilgængelige for sygeforsikrede eller for dem, der selv kunne betale for dem, eller blev givet som understøttelser, eventuelt af private midler, fremtidig skulle anerkendes som en ret for alle. Som følge heraf blev der lagt vægt på at bevare de væsentligste sider af den hidtidige frihed, og den enkelte kan derfor selv afgøre, i hvilket omfang han vil bruge systemet, jfr. dog nedenfor om ordningens pligtige karakter med hensyn til de sikredes betalingspligt.

Den 5. juli 1948 var ligeledes ikrafttrædelsesdato for »The National Insurance Act«, der indeholder helt nye regler om ydelse af dagpenge i anledning af sygdom eller fødsel som led i en forsikringsordning.

B. DEN NUVÆRENDE ORDNING'S HOVEDPRINCIPPER

Det engelske system må opfattes som en pligtig ordning, der kan karakteriseres som

automatisk, idet alle bidrager gennem skatter og pligtige bidrag, og alle derved får ret til ydelserne. Den i forrige afsnit nævnte frihed tager derfor alene sigte på retten til at undlade at benytte systemets ydelser.

Løvrigt består systemet - som ovenfor anført - af to væsensforskellige bestanddele, idet lægehjælp, hospitalsophold og en række andre ydelser i princippet ydes gratis til alle som led i sundhedsforanstaltninger »The National Health Service«, medens dagpenge i tilfælde af sygdom ydes gennem en forsikringsordning »The National Insurance«, der tillige omfatter flere andre sociale ydelser, f. eks. hjælp under arbejdsløshed og ved arbejdsulykker.

a) »The National Health Service« kan opdeles i 3 hovedbestanddele: Behandling ved praktiserende læge m. m., hospitals- og speciallægehjælp samt hjælp ydet af kommunale myndigheder.

Fri almindelig lægehjælp ydes efter et huslægesystem. Patienterne kan vælge den læge, de ønsker, forudsat at han har tilsluttet sig systemet. Lægen kan ligeledes frit afgøre, om han vil modtage de pågældende som patienter. En læges tilslutning til systemet forhindrer ham ikke i ud over de hos ham indtegnede patienter at modtage betalende patienter, d. v. s. patienter, der er indskrevet hos andre læger. Det offentlige betaling til huslægen beregnes som et vist beløb om året pr. indtegnet patient. Hertil kommer kørselsgodtgørelse i landdistrikterne og særlige tillæg, f. eks. i tyndt befolkede egne, for behandling af akutte tilfælde, narkose, svangerskabsundersøgelse, hospitalsarbejde etc. eller til støtte ved begyndelse af praksis i egne med lægemangel.

Der ydes alle nødvendige former for tandlægehjælp med frit tandlægevalg uden indtegning hos en bestemt tandlæge. For tandbehandling betaler patienter nu 1 £ eller den fulde udgift, når denne er mindre end dette beløb. Rutinemæssige undersøgelser er dog gratis, og børn, svangre kvinder samt mødre, der har født inden for de sidste 12 måneder, er helt fritaget for betaling.

Enhver har adgang til *øjenlægehjælp* og *ydelse af briller* m. v. hos de til systemet knyttede øjenlæger og optikere, der af det offentlige får en bestemt takst for foretagelse af synsprøve. Ved første besøg kræves henvisning fra huslægen. For briller betaler patienterne kun en vis takst med ekstrabetaling for særønsker. Normale brilleglas til børn ydes gratis.

Medicin og visse bandager ydes gratis efter huslægens ordination; visse arter medicin leveres dog gennem hospitalerne. For enhver receptudstedelse betaler patienten 1 sh. De fleste apoteker er tilsluttet systemet.

Hospitals- og specialistbehandling omfatter frit ophold og fri hjælp af enhver art, der ydes af specialister og hospitaler, herunder almindelige og særlige hospitaler, fødeafdelinger, tuberkulosesanatorier, epidemi-sygehuse, forsorg for kronisk syge, sindssyge-hospitaler, rekreativshjem og revalidering samt enhver form for specialbehandling. Næsten alle hospitaler blev i forbindelse med nyordningen overtaget af sundhedsministeriet.

Der kan reserveres et vist antal hospitals-senge til patienter, der ønsker eneværelse mod betaling, for så vidt disse værelser ikke af lægelige grunde skal bruges til ikke-betalende patienter. Visse hospitaler modtager også patienter, der ønsker fuldt ud at betale udgifterne ved deres behandling, og som træffer privat aftale med en læge, de selv vælger.

De kommunale sundhedsforanstaltninger omfatter mælkehjælp til mødre og børn og moderskabshjælp i børneplejestationer, jordemoderhjælp, besøg af sundhedsplejersker, hjemmesygepleje, pleje af rekonvalescenter, hushjælp under sygdom og barnefødsel etc., vaccination, fribefordring samt — i det omfang, der er midler dertil — oprettelse og drift af kommunale sundhedscentre, der i én bygning samler konsultation for huslæge, tandlæge og speciallæge samt apotek og forskellige klinikker.

b) *Dagpenge* forsikringen.

Gennem »*The National Insurance*« har

enhver erhvervsbeskæftiget adgang til under sygdom at oppebære sygedagpenge til sig selv og sin familie, så længe arbejdsudygtigheden vedvarer, forudsat at de fornødne bidrag til forsikringen er betalt. Satserne er de samme som ved arbejdsløshed, d. v. s. 40 sh. pr. uge, dog at der sker nedsættelse for en gift kvinde, der forsørges af sin mand. Endvidere har alle kvinder ret til en *moderskabsydelse* ved barnefødsel. Arbejdende kvinder får i 18 uger en dagpengehjælp, der begynder at løbe ca. 11 uger før forventet fødsel. Mødre, der ikke føder gratis på hospital, har ret til en særlig ydelse til *hjemmefødende kvinder*. Gennem forsikringen ydes tillige *begravelses-hjælp* ved en forsikrets egen og ægtefællens eller børnenes død. - Foruden de nævnte ydelser omfatter forsikringsordningen en række andre sociale ydelser.

C. FINANSIERING

Størstedelen af udgifterne ved »The National Health Service« afholdes af statskassen og dækkes af de almindelige skatter. Resten dækkes ved de nedenfor udførligt omtalte særlige bidrag til sundhedsordningen samt ved forskellige takstbetalinger fra personer, der benytter ordningen, og ved kommunale skatter.

Til »The National Insurance« svares bidrag af alle med undtagelse af børn, studerende,, visse gifte kvinder og enker, visse personer over folkepensionsalderen, samt personer med meget små indtægter. Der findes 3 grupper af forsikrede:

a) beskæftigede, d. v. s. personer, der arbejder i henhold til arbejdskontrakt, eller lærlinge, der oppebærer løn,

b) selvstændige erhvervsdrivende, d. v. s. personer, der er erhvervmæssigt beskæftiget, men ikke i henhold til en arbejdskontrakt,

c) personer, der ikke er erhvervmæssigt beskæftiget.

Alle 3 grupper betaler et samlet ugentligt bidrag for at have ret til moderskabshjælp, enkeunderstøttelse, tilskud til forældreløse

børn, alderspension og begravelseshjælp. Derudover kan beskæftigede personer have ret til sygedagpenge og arbejdsløshedsunderstøttelse, og selvstændige erhvervsdrivende til sygedagpenge. Retten til alle disse ydelser, undtagen tilskud til forældreløse børn, er betinget af, at den forsikrede opfylder visse bidragsbetingelser, d. v. s. har betalt bidrag i en vis periode.

Bidragsbetingelsernes størrelse afhænger af, hvilken gruppe den forsikrede hører til. Såvel arbejdsgivere som statskassen yder bidrag.

Sammen med bidraget til »The National Insurance Fund« betales et særligt bidrag til *sundhedsordningen*. Dette bidrag blev i 1958 - i fortsættelse af tidligere forhøjelser - forhøjet til 2 sh 4 d om ugen for en mand med erhvervsmæssig beskæftigelse. Heraf

betaler den beskæftigede selv 1 sh 10¹/₂ d og arbejdsgiveren 5V2 d. Bidraget er lavere for kvinder, børn, selvstændige erhvervsdrivende og personer uden beskæftigelse. Den enkeltes ret til at benytte sundhedsordningen består imidlertid, uanset om dette bidrag er betalt.

De forskellige arter af bidrag indbetales sædvanligvis i form af særlige mærker, der købes på postkontorerne, og påklæbes den forsikredes kort af arbejdsgiveren, når det drejer sig om en beskæftiget, og af den bidragydende selv, når det drejer sig om de to øvrige grupper af forsikrede. Ydelserne udbetales som regel ved postanvisning med undtagelse af arbejdsløshedsunderstøttelse, der udbetales kontant på under arbejdsministeriet sorterende arbejdsanvisningskontorer.

KAPITEL 5

Statens eller kommunernes overtagelse af sygeforsikringen

I. INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

Ved overvejelserne om den fremtidige ordning af den offentlige sygeforsikring rejser sig spørgsmålet om, hvorvidt det offentlige (staten eller kommunerne) bør overtage og eventuelt udbygge den virksomhed, der hidtil har været udøvet af sygekasserne og fortsættelsesygekasserne.

Da en ændring i denne retning ville være den mest vidtgående, der kunne komme på tale, omtales dette spørgsmål først, selv om det ikke er dette, der i den almindelige offentlige debat om sygeforsikringen har været det hyppigst diskuterede.

Nærværende kapitel begrænses til overvejelserne om det offentliges fuldstændige overtagelse af systemet, hvorimod spørgsmål om samordning mellem de organer, der beskæftiger sig med sundhedsvæsenet og sygdomsbehandlingen og om administrative forklinger inden for det bestående systems rammer behandles sammen med andre problemer, jfr. navnlig kapitel 9 om de administrative og organisatoriske spørgsmål og kapitel 10 om finansieringen.

A. UDVIKLINGEN AF DET OFFENTLIGES VIRKSOMHED INDEN FOR SYGEFORSIKRINGEN OG PÅ ANDRE BESLÆGTEDE OMRÅDER

1. Sygekasserne

Foran i kapitel 2 om den historiske udvikling er det omtalt, at sygeforsikringen her

i landet er opstået på frivilligt grundlag ved oprettelse af private sygekasser, og at det offentlige først fik opgaver vedrørende sygekassevæsenet ved sygekasseloven af 1892.

Fra dette tidspunkt er der ydet statstilskud og støtte i form af nedsættelse af de sædvanlige sygehustakster samt i form af fribefordring for kommunernes regning. Endvidere blev ved samme lov indført tilsyn med sygekassernes virksomhed og opstillet forskellige betingelser for offentlig anerkendelse og dermed ret til statstilskud m. m. Herudover fremgår det af det nævnte kapitel, at der i den forløbne tid i stigende grad i loven er fastsat regler om betingelserne for medlemsskab, og at der er sket ændringer af det offentliges tilskud f. eks. i takt med lempelser i adgangen for kronisk syge til at blive nydende medlemmer. Udviklingen er, som det fremgår af kapitlet, også i andre henseender gået i retning af en stadig større offentlig indflydelse på hele sygeforsikringsordningen, og der har således siden folkeforsikringslovens gennemførelse været pligt til ved bidragydende medlemsskab at sikre sig adgang til at få nydende medlemsret i kasserne.

Hvad særligt angår det offentliges direkte tilskud til sygekasserne henvises til andre steder i fremstillingen, hvoraf det bl. a. fremgår, at det gennemsnitlige medlemsbidrag i 1957 var 80,95 kr., stats- og kommunetilskuddet 31,25 kr.

Det indførte tilsyn og de iøvrigt gennemførte lovbestemmelser har dog ikke berøvet kasserne karakteren af at være selvstændige institutioner med deres egen bestyrelse og med et selvstændigt økonomisk ansvar inden for hver enkelt kasse.

2. Profylakse og andre almindelige sundhedsmæssige foranstaltninger

Til belysning af udviklingen i det offentlige virksomhed på dette område må herudover nævnes, at der i den sidste snes år er gennemført en række sundhedsfremmende foranstaltninger, hvis administration - mod hel eller delvis refusion - er henlagt til kommunerne, der dog i visse tilfælde kan overlade den daglige administration til sygekasser eller andre organer. Blandt disse opgaver kan nævnes ydelse af mælkehjælp til svangre og til kvinder med spæde børn, læge- og jordemoderundersøgelser af gravide kvinder, sundhedspleje for spædbørn, lægeundersøgelser af småbørn, skolelægeordningen, husmoderafløsningen og hjemmesygeplejen.

3. Sygehusene

Særlig må også omtales udviklingen for sygehusene. Det almindelige sygehusvæsen drives af amts- og købstadkommunerne, medens staten kun har påtaget sig visse specielle opgaver, f. eks. driften af hospitaler for sindslidende. Ikke mindst i årene siden 30'erne er de almindelige sygehuses driftsudgifter steget meget kraftigt, dels på grund af prisudviklingen, dels på grund af den stadigt mere intensive behandling. Det kan således nævnes, at den gennemsnitlige udgift pr. sygedag for samtlige offentlige almindelige sygehuse i 1939-40 var 10,81 kr., medens den i 1954-55 var 41,03 kr., og at udgiften siden da er steget yderligere. I disse udgifter er ikke medtaget udgifter til forrentning og afskrivning af investeringer, hvilke udgifter varierer fra ganske små beløb pr. sygedag til mere end 10 kr. pr. dag for de i de seneste år opførte sygehuse. Kun en mindre del af disse udgifter dækkes af den takst, der betales for indlæggelse. Den laveste almindelige takst findes i Københavns kommune,

hvor den er 1,20 kr. pr. dag, hvilken takst har været gældende i henved 100 år. Den højeste takst var indtil for nylig 12 kr. om dagen, og denne takst synes efterhånden at være almindelig uden for hovedstaden. Enkelte takster er nu forhøjet til 16 kr.

Ved bedømmelse af forholdet til sygekasserne må iøvrigt erindres om, at samtlige de nævnte takstbeløb kun afkræves med det halve fra sygekasserne.

Omkring 1940 var den højeste takst 6,50 kr. og takstbetalingen udgør således nu en væsentlig mindre del af udgifterne end omkring 1940. Den øvrige del af driftsudgifterne dækkes dels af et statstilskud (oprindeligt fra den fælleskommunale udligningsfond), dels af de kommuner, der driver sygehuse. Udviklingen har med andre *ord* medført, at en stadig større del af udgifterne til sygehusvæsenet afholdes af staten og kommunerne. Statstilskuddet er ydet siden 1937, og dets størrelse er siden da stadig forøget både absolut og relativt. I 1940-41 dækkede statstilskuddet ialt ca. 27 pct. af de tilskudsberettigende nettoudgifter (hvori ikke indgår afskrivning og forrentning), og i 1956-57 dækkede tilskuddet ca. 58 pct. af udgifterne.

4. Den offentlige forsorg m. v.

Endelig kan der være grund til at sammenligne udviklingen med den udvikling, der har fundet sted inden for den offentlige forsorg m. v.

På det tidspunkt, da den første sygekasselov gennemførtes, kunne den, som ikke havde ret til hjælp i sygdomstilfælde fra en sygekasse - bortset fra den da indførte mulighed for fortsat sygekassehjælp og fra forskellige specielle bestemmelser - kun få offentlig hjælp efter reglerne om fattighjælp. Muligheden for offentlig hjælp var med andre ord begrænset til egentlige trangstilfælde, og hjælpen var i reglen forbundet med de retsvirkninger, der knyttes til fattighjælpen.

I den siden da forløbne tid er udviklingen karakteriseret af, at der findes stadig flere regler om offentlig hjælp uden retsvirkninger, ikke mindst i anledning af sygdom, og i disse tilfælde ofte med væsentligt lempe-

ligere transgsbedømmelse end i de almindelige forsørgelsestilfælde. Mange lidelser og abnormiteter af væsentlig betydning omfattes således af specielle bestemmelser, der enten supplerer sygekassehjælp eller fuldstændig træder i stedet for denne. Som enkelte eksempler herpå kan nævnes reglerne om særforborg for sindssygdom, åndssvaghed, epilepsi, vanførhed, talelidelser, blindhed og døvhed, behandlingen af tuberkulose og underholdshjælpen til tuberkuloseramte og polioramte m. m. Endvidere kan nævnes f. eks. bestemmelsen i forsorgslovens § 248 om hjælp til sygebehandling i trangstilfælde af personer, der ikke er sygeforsikrede, en bestemmelse, der særlig tager sigte på dem, der ikke har opfyldt helbredsbedingungen for optagelse. Hjælp til sygebehandling efter denne bestemmelse forudsætter dog - bortset fra tilfælde, hvor vedkommende er over den for optagelse i den offentlige sygeforsikring fastsatte aldersgrænse — at erhvervsevnen er nedsat i et sådant omfang, som kræves for at opnå invalidepension. Fra de allerseneste års udvikling kan særlig omtales ophævelsen af bestemmelserne i forsorgslovens § 306 om fattighjælpsvirkning af sygehjælp til dem, der ikke har sørget for at være nydende medlemmer af anerkendt sygekasse.

B. DE NUVÆRENDE FORHOLD

Foran i kapitel 3 er omtalt de gældende regler om hjælp under sygdom m. m., såvel de regler, der gælder inden for sygeforsikringsområdet som de regler, der gælder i henhold til anden lovgivning, herunder de foran omtalte.

Sammenfattende kan forholdene nu karakteriseres således, at betydelige dele af sygebehandlingens udgifter (sygehusudgifterne) afholdes direkte af det offentlige, at også andre vigtige områder inden for sundhedsvæsenet (særlig helbredsundersøgelser og andre profylaktiske forholdsregler, men også husmoderafløsningen og en væsentlig del af udgifterne ved hjemmesygeplejeordninger) forstås direkte af det offentlige. I hvert fald i trangstilfælde (og her endog ofte med en

særdeles lempelig bedømmelse) sikres der desuden den enkelte person offentlig hjælp til sygebehandling og eventuelt underholdshjælp under sygdom i en række situationer, hvor der enten er tale om særligt alvorlige lidelser eller lignende, eller hvor det skønnes rimeligt at yde en person, der ikke er eller kan være sygeforsikret, eller som har opbrugt sin hjælp fra sygeforsikringen, offentlig hjælp.

C. UDENLANDSKE ORDNINGER

Her må for det første nævnes det sikrings-system, der efter den anden verdenskrig blev gennemført i England: »The National Health Service«. Med hensyn til systemets hovedtræk henvises til kapitel 4 (Nogle udenlandske sygeforsikringsordninger¹⁾). Det fremgår af, hvad der der er nævnt vedrørende baggrunden for den engelske ordning, at udviklingen i England har formet sig væsentligt forskelligt fra udviklingen her i landet. Der har ikke forud for reformen i England eksisteret noget almindeligt offentligt sygehusvæsen eller en sygekassebevægelse med bred tilslutning i befolkningen, og det har derfor været nærliggende at lægge det direkte ansvar for en samlet nyordning, hvorved en bredere dækning kunne opnås, på statsmyndighederne.

Den svenske sygeforsikringsordning, som denne senest er fastlagt ved love af 1947 og 1953, bygger på opretholdelse af sygekasserne (»almänna sjukassor«), jfr. nærmere kapitel 4²⁾. Det har i denne forbindelse interesse, at samtlige medlemmer af lokalsygekassernes repræsentantskab (ombudsmöte) vælges af kommunalbestyrelsen.

Efter den norske ordning i henhold til lov af 1956 varetages sygeforsikringen - som under den tidligere lovgivning — normalt af »trydekasser«, jfr. nærmere kapitel 4³⁾. Hertil kommer enkelte »sykekasser«, der tidligere har fået godkendelse. Trydekasserne har dog også andre opgaver, særlig med hen-

1) Se side 48 f.

2) Se side 44.

3) Se side 46.

syn til ulykkes- og arbejdsløshedsforsikring. Trygdekassens bestyrelse vælges af kommunalbestyrelsen.

D. BETÆNKNINGEN SOCIAL SIKRING I SYGDOMS- TILFÆLDE

I betænkningen Social Sikring i Sygdoms-tilfælde omtales mulighederne for en samlet administration af alle opgaver vedrørende sygdomsbehandling, sygeforsorg og individuel profylakse under en eventuel ordning med automatisk nydende medlemskab (navnlig side 230-233).

De sociale udvalg kunne ifølge betænkningen på forhånd antages at være kvalificerede til at overtage administrationen af sygeforsikringen, men det nævnes dog, at det arbejdsområde, udvalgene i forvejen har, berører helt andre sider af de sociale problemer, og at udvalgenes kontakt med befolkningen kun gælder et begrænset udsnit

af denne, medens sygekasserne netop har berøring med det store flertal. I betænkningen lægger man herefter vægt på, at de sociale udvalg har et stort arbejdsområde, og at de opgaver, der står i forbindelse med sygdomsbekæmpelsen, ligeledes udgør et betydeligt og vel afgrænset område, og at det derfor forekommer mest naturligt at henlægge dette sidste til et særligt organ. Til denne opgaves løsning kan ifølge betænkningen næppe andre bestående organer end sygekasserne komme i betragtning.

Selv om dette efter betænkningen forekommer mest hensigtsmæssigt, peges der dog på, at sygekasserne under et system med automatisk nydende medlemskab vil ændre karakter i en sådan grad, at de i det væsentlige må betragtes som egentlige offentlige organer, og der peges derfor andetsteds (side 244) på den mulighed, at bestyrelserne for sygekasserne under et sådant system bliver udvalg af kommunalbestyrelserne.

II. KOMMISSIONENS DRØFTELSER OM EN STATSORDNING

Der er ikke i kommissionen stillet forslag om, at staten skulle overtage sygeforsikrings-systemet, men tværtimod er der fra flere sider givet udtryk for ængstelse for en for stærk centralisering af sygeforsikringen.

Sammenligningsvis er her henvist til, at staten heller ikke på et andet vigtigt område inden for sundhedsvæsenet, nemlig de almindelige sygehuse, har overtaget den direkte administration. Grundlaget for oprettelsen af sygehusvæsenet blev givet ved reskript af 1806, der pålagde amterne at sørge for opførelsen af lokale sygehuse, og hvori det bestemtes, at udgifterne til sygehusenes drift skulle tilvejebringes dels ved skatteudskrivning på fast ejendom og dels ved ligning direkte på købstæderne. På dette grundlag er sygehusvæsenet udviklet som en amts- og købstadkommunal opgave under vejleden-

de medvirken af sundhedsstyrelsen, der oprettedes i 1909, og siden 1946 tillige af et særligt rådgivende organ, sygehusrådet. Siden 1937 er der som nævnt foran i afsnit I.A.3.⁴⁾ ydet tilskud fra staten til det almindelige sygehusvæsen, og dette tilskud ydes nu med 60 pct. af de samlede driftsudgifter. Direkte statsdrift af sygehuse har stort set været begrænset til særlige, lægelige specialområder, f. eks. hospitaler for sindslidende og neurokirurgiske specialafdelinger. En undtagelse danner dog Rigshospitalet, der varetager særlige opgaver som undervisnings- og forskningshospital, samt statshospitalet i Sønderborg, der fungerer som et almindeligt centralsygehus.

Det er af lægerepræsentanterne i kommissionen anført, at en ordning, hvorefter staten

⁴⁾ Se side 52.

direkte påtager sig at sikre befolkningen lægehjælp, enten måtte føre til, at de praktiserende læger kommer i et ansættelsesforhold til staten, eller til, at staten alene yder befolkningen en økonomisk hjælp til betaling af lægehonorarer (refusionssystem), jfr. herom nærmere i kapitel 6⁵).

I kommissionen har der således været enighed om, at der ikke her i landet kan anføres afgørende argumenter for, at staten overtager sygeforsikringssystemet og eventuelt i forbindelse hermed hele sundhedsvæsenet (således

som det er sket i England, jfr. foran). En sådan overtagelse ville betyde et afgørende brud med den hidtidige udvikling, hvorefter disse opgaver er blevet løst gennem lokale organer, sygekasser og kommuner og amtskommuner, og det er efter kommissionens opfattelse af stor praktisk værdi, at hovedansvaret for den praktiske gennemførelse af disse foranstaltninger fortsat ligger hos organer, der har nær kontakt med befolkningen i de områder, i hvilke foranstaltningerne skal virke.

III. KOMMISSIONENS DRØFTELSE OM EN KOMMUNAL ORDNING

Da der i kommissionen som foran nævnt har været enighed om, at der ikke er afgørende grunde for statens overtagelse af sygeforsikringen, har drøftelsen om overgang til en egentlig offentlig ordning alene drejet sig om den mulighed, at kommunerne overtager sygeforsikringen. En sådan nyordning kunne finde sted enten ved, at opgaverne blev direkte løst af kommunerne, eller ved, at kommunalbestyrelserne skulle vælge bestyrelserne for sygekasserne (således som det f. eks. finder sted i Sverige og Norge, jfr. foran i kapitel 4⁶)) og i det hele have afgørende indflydelse på sygeforsikringens administration.

Som begrundelse for en kommunal overtagelse af systemet på den ene eller den anden måde kan nævnes den stærke virksomhed, der af kommunerne iøvrigt udfoldes på sundhedsvæsenets område, jfr. sundhedspleje for spædbørn, skolelægeordningerne, h j emmesygepleje ordningerne, husmoder afløsningen, sundhedsvedtægter m. m. Her må endvidere nævnes sygehusvæsenet, hvis drift dog i særlig grad varetages af amtskommunerne. Hertil kommer, at kommuner og sygekasser i forvejen samvirker på en række punkter, f. eks. om overholdelse af pligten

til bidragydende medlemskab, om inddrivelse af kontingentrestancer fra bidragydende medlemmer og om overholdelse af sygekassegrænsen.

Disse forhold kunne begrunde, at kommunalbestyrelserne direkte overtog sygeforsikringen, en overtagelse, der vel ville indeholde, at det eksisterende administrationsapparat med kontorer m. m. fortsat blev benyttet, men som - rationelt opbygget - måtte forudsætte, at ledelsen fandt sted ved et egentligt udvalg af kommunalbestyrelsen. Det er anført, at man herved ville bevare den lokale ledelse af sygehjælpen, og det er anført, at der ikke ville være noget til hinder for at lade ordningen være frivillig også under denne organisationsform; der er herved som eksempel henvist til, at kirkeskat kun påhviler dem, som selv ønsker at være medlem af folkekirken, men at denne skat trods dette opkræves sammen med kommuneskatterne.

De kommunale repræsentanter i kommissionen har peget på, at omfanget af de til den kommunale administration henlagte opgaver har været stærkt stigende gennem en lang årække, og at mange kommuners administrationsapparat i forvejen er stærkt belastet, således at henlæggelsen af et så omfattende område som sygeforsikringen til disse kommuner ville kunne sprænge de nuværende

⁵) Se side 62 ff.

⁶) Se side 44 og 46.

rammer, og det har været fremhævet, at der ikke fra kommunal side er noget ønske om at forøge kommunernes arbejdsopgaver på dette område.

Der er i kommissionen givet udtryk for, at en kommunal ordning i modsætning til en ordning, der baseres på medlemmernes direkte kontingentbetaling og hver enkelt sygekasses egen selvstændige økonomi, vil fremkalde krav om en udligning mellem kommunerne og derved svække den økonomiske kontrol, som ligger i det nuværende system.

Lægeforeningens repræsentanter har peget på, at en kommunal overtagelse af sygeforsikringen ligesom ethvert andet offentligt ledet system ville medføre, at grundlaget for den hidtidige fastsættelse af takster for lægehjælp gennem forhandlinger mellem de ligeberettigede forhandlingspartnere — lægerne

og sygekasserne - måtte anses for bortfaldet, og at man måtte gå over til et refusionssystem eller ende i et ansættelsesforhold for lægerne. Herom henvises iøvrigt til bemærkningerne foran angående en statsordnings konsekvenser for de praktiserende læger og til kapitel 6⁷⁾ om en frivillig eller tvungen ordning.

Under hensyn til, at andre muligheder for at gennemføre det nødvendige samarbejde mellem sygeforsikringens organer og de myndigheder, der arbejder på sundhedsvæsenets område, foreligger, har kommissionen på den nævnte baggrund ikke villet stille forslag om, at kommunerne skal overtage sygeforsikringen. Man har herved også lagt vægt på, at medlemmernes direkte indflydelse på forsikringen ikke bør formindskes.

IV. KONKLUSION

Der har været overvejende enighed i kommissionen om, at man ikke ville foreslå, at staten eller kommunerne skulle overtage sygeforsikringen. Der regnes derfor fremdeles med, at sygeforsikringen opbygges på et system af sygeforsikringsorganer, der er økonomisk og administrativt selvstændige, men kontrolleres af det offentlige. På denne forudsætning bygges der i de følgende kapitler.

Om mulighederne for yderligere samarbejde mellem de forskellige organer, der virker på sygdomsbehandlingen og sundhedsvæsenets område, henvises til kapitel 9⁸⁾ om de administrative og organisatoriske spørgsmål. Om de forskellige spørgsmål, der foreligger om finansieringen, herunder om hvorvidt kontingentopkrævningen til sygeforsikringen kan rationaliseres og f. eks. ske sammen med skatteopkrævningen, henvises til kapitel 10⁹⁾ om sygeforsikringens finansiering.

Et mindretal (Erik Ninn-Hansen) deler

8) Se side 118 ff.

9) Se side 137.

flertallets ønske om, at sygeforsikringen opbygges på et system af sygeforsikringsorganer, der er økonomisk og administrativt selvstændige. Systemets opretholdelse må dog forudsætte, at sygekasserne i højere grad, end det nu er tilfældet, opnår en nærmere kontakt med medlemmerne. For at tilskynde sygekassernes medlemmer til at vise større interesse for valgene af sygekassernes ledelser har mindretallet fremsat forslag om indførelse af en forholdstalsvalgmetode, der ville sikre mindretallene inden for en sygekasse en rimelig mulighed for at deltage i ledelsen. Sygekassernes repræsentanter i kommissionen har imidlertid afvist dette forslag, der ej heller i øvrigt har vundet almindelig tilslutning i kommissionen.

Mindretallet beklager, at den folkelige baggrund for sygekassernes virksomhed næsten er forsvundet, hvilket giver systemet et forældet præg. Såfremt der ikke etableres nærmere kontakt mellem sygekassernes ledelser og medlemmerne, og såfremt sidstnævnte forholder sig passive over for syge-

7) Se side 62 ff.

kassernes virksomhed, vil det ikke i længden kunne anses for naturligt, at sygekasserne er bærere af sygeforsikringssystemet med ret til at administrere de betydelige tilskud, det offentlige yder. Udviklingen kan da befrygtes at gå i en retning, der fører til, at kommunerne, der også efter kommissionens flertalsopfattelse skal have større indseende med sygekassernes virksomhed gennem udpegelse af repræsentanter til sygekassebestyrelser-

ne¹⁰⁾, helt må overtage administrationen af sygekassernes hidtidige virksomhed.

Et andet mindretal (Henning Friis) kan tilslutte sig Erik Ninn-Hansens beklagelse af, at den folkelige baggrund for sygekassernes virksomhed næsten er forsvundet, men skal pege på, at forudsætningen for at medlemsinteressen styrkes, bl. a. må være, at sygekasserne i videre omfang, end det nu er tilfældet, tager opgaver op, der kalder på lokalt initiativ, herunder bl. a. sygdomsforebyggende opgaver.

¹⁰⁾ Se side 119.

KAPITEL 6

Frivillig eller tvungen ordning

I. INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

A. FORSKELLIGE HOVEDPRINCIPPER FOR EN SYGEFORSIKRINGSORDNING

Som nævnt foran i kapitel 1 er der i de senere års offentlige debat rejst spørgsmål om, hvorvidt sygeforsikringen bør være en frivillig eller en tvungen forsikring.

De synspunkter, der kan fremføres herom, omtales nedenfor under II.

Først fastlægges i det følgende indholdet af de begreber, der omtales i dette kapitel.

1. Frivillige systemer:

Ved et frivilligt system er det overladt til den enkeltes frie skøn, om han ønsker at indmelde sig i forsikringen og derved sikre sig adgang til hjælp i sygdomstilfælde.

2. Tvungne systemer:

a) Ved et *obligatorisk system* pålægges der befolkningen eller en gruppe af denne pligt til at indmelde sig i forsikringen, men den enkeltes adgang til at få ydelser fra forsikringen er betinget af, at han har taget initiativ til at komme ind under ordningen, og af, at han har betalt sit kontingent.

b) Ved et *automatisk system* indtræder og registreres en person (f. eks. i kraft af sin alder, påbegyndelse af en beskæftigelse for andre o. s. v.) som medlem af forsikringen, selv om han ikke foretager en indmeldelse, og hans adgang til ydelser fra forsikringen

består, uanset om han er i restance med betaling af kontingent, skat eller afgift.

B. DEN GÆLDENDE DANSKE ORDNING

1. Det nydende medlemsskab

Som nævnt i kapitel 3 er det *nydende medlemsskab* (i sygekasse henholdsvis fortsættelsesygekasse) ifølge folkeforsikringsloven som altovervejende regel *frivilligt*.

Personer, der oppebærer invalide- eller folkepension, skal dog ifølge folkeforsikringslovens § 38, stk. 3, søge optagelse som nydende medlem, hvis de har mulighed herfor, og ifølge § 9 i lov af 2. oktober 1956 om lærlingeforhold skal en læremester påse, at lærlingen er medlem af en anerkendt sygekasse.

I kapitel 2 er det omtalt, at den danske sygeforsikring er vokset op på frivillig basis, og sygeforsikringslovgivningen har siden sygekasseloven af 1892 bygget på **frivillighedsprincippet**.

I motiverne til folkeforsikringsloven fra 1933 fremhævedes således, at den frivillige sygeforsikring herhjemme havde fundet så god jordbund, at den nu omfattede ca. $\frac{2}{3}$ af den voksne befolkning, og at man under hensyn til den store udbredelse ikke anså det for nødvendigt at gøre indtrædelsen i forsikringen tvungen.

2. Det bidragydende medlemsskab

Ved socialreformen blev der indført et *obligatorisk bidragydende* medlemsskab af en sygekasse eller fortsættelsesygekasse.

Pligt til at være *bidragydende* medlem har enhver dansk statsborger med bopæl her i landet i alderen mellem 21 og 60 år, såfremt han ikke er nydende medlem af en sygekasse eller fortsættelsesygekasse, og såfremt han opfylder de helbredsmæssige betingelser for at blive sygeforsikret.

Medlemsbidraget for bidragydende medlemmer har siden 1933 udgjort 2,40 kr. årlig. Da det bidragydende ligesom det nydende medlemsskab er sammenknyttet med medlemsskab i invalideforsikringen for enhver, der opfylder de helbredsmæssige betingelser for optagelse i denne, blev den samlede årlige ydelse dog indtil 12 kr. (nu 24 kr., heraf invalidepræmie 21,60 kr.). For undladelser af at opfylde forsikringspligten blev der fastsat en bod på 13 kr. (nu 30 kr.) årlig med adgang til opkrævning og inddrivelse efter de for kommuneskat gældende regler.

Der er i øjeblikket ialt ca. 300.000 bidragydende medlemmer af sygekasserne og fortsættelsesygekasserne.

3. Begrundelsen for pligt til bidragydende medlemsskab

Indførelsen af det tvungne bidragydende medlemsskab ved socialreformen var et led i bestræbelserne for at fremme tilgangen til *invalideforsikringen* og for at give *aldersrenten* et vist forsikringsmæssigt præg, idet det samtidig blev en betingelse for adgangen til aldersrente, at ansøgeren var nydende eller bidragydende medlem af forsikringen; desuden blev der som nævnt ovenfor pligt til efter rentens tilkendelse at søge overførsel til nydende medlemsskab.

Ud over adgangen til aldersrente, nu indtægtsbestemt folkepension, er der til det bidragydende medlemsskab i sygekassen - som der stedse også før socialreformen har været — knyttet den fordel, at medlemmet har ret til når som helst uanset alder og helbredstilstand at blive overført til nydende medlems-

skab, dog med en karenstid, der oprindelig var på 6 uger ligesom ved indmeldelse som nydende medlem, men som siden 1937 har været 6 måneder (for at hindre spekulation i det lave bidrag for bidragydende medlemsskab). Ifølge folkeforsikringslovens § 32 kan fortsættelsesygekassernes bidragydende medlemmer ikke overgå til nydende medlemsskab efter det 40. år, med mindre vedtægten særlig hjemler det. Ved vedtægtsændringer i 1958 er der imidlertid skabt adgang til overførsel indtil det 60. år.

Selv om reglen om det bidragydende medlemsskab i første række skyldtes hensyn til invalideforsikringen og aldersrenten, er den tillige blevet opfattet som en bestemmelse af sygekassemæssig betydning. Dette kom klart frem i forhandlingerne om indførelse af folkepension, idet man såvel i folkeforsikringskommissionen som i det folketingsudvalg, som behandlede forslaget om ændringer i folkeforsikringsloven, var inde på tanken om at afskaffe reglen om, at medlemsskab af sygeforsikringen er en betingelse for adgang til alderspension, men veg tilbage for at tage stilling hertil ud fra sygeforsikringsmæssige hensyn. På et givet tidspunkt henstillede sygekasserne, at betingelsen blev opretholdt, indtil sygeforsikringsproblemerne fandt nærmere afklaring gennem drøftelserne i sygeforsikringskommissionen.

C. ANDRE LANDES ORDNINGER

Af redegørelsen i kapitel 4 for sygeforsikringsordningerne i *Sverige* og *Norge* fremgår, at man i disse to lande har forladt frivillighedsprincippet. I Sverige skete dette 1. januar 1955. I Norge indførte derimod allerede den første sygeforsikringslov fra 1911 tvungent medlemsskab for personer beskæftiget med arbejde for andre, medens forsikringspligten først blev udstrakt til at omfatte hele befolkningen ved lov af 2. marts 1956. I begge lande er der i realiteten tale om et *automatisk* system, idet medlemsrettighederne indtræder, uanset om den pågældende selv har gjort skridt til optagelse i forsikringen,

og de består uafhængigt af, om medlemskontingent betales i rette tid.

Også den *engelske ordning*, hvorefter enhver har adgang til ydelser fra »The National Health Service«, må karakteriseres som et *automatisk* system. Der kræves ingen foranstaltninger i form af indmeldelse fra den enkelte borger, da ordningen overhovedet ikke er opbygget på forsikringsmæssigt grundlag. Det står enhver frit for, om pågældende vil benytte sig af det offentlige sundhedsordning eller søge privat sygebehandling, men alle betaler gennem skatter og bidrag til statsordningen.

I en række andre lande, f. eks. *Vesttyskland*, findes tvungne sygeforsikringsordninger, som navnlig er karakteristiske ved, at de er opbygget således, at de alene omfatter personer, der er beskæftiget hos andre.

D. EKSEMPEL PÅ DEN TEKNISKE UDFORMNING AF EN TVUNGEN SYGEFORSIKRINGS REGLER OM MEDLEMSSKAB, KONTINGENTOPKRÆVNING M. V. (SVERIGE)

Til belysning af nogle af de spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med indførelsen af en tvungen sygeforsikring, kan gives en oversigt over reglerne i den svenske sygeforsikringslov om indtræden i forsikringen og om fastsættelse og indkrævning af forsikringsafgiften.

1. Personer omfattet af forsikringspligten

Pligt til medlemsskab af en sygekasse påhviler enhver svensk statsborger, som er bosat i Sverige, fra og med begyndelsen af den kalendermåned, der følger efter den, i hvilken han er fyldt 16 år. Samme pligt gælder for den, der uden at være svensk statsborger er bosat og mandtalsskrevet i Sverige.

Undtaget fra forsikringspligten er sygehuspatienter, som har været indlagt i mere end 730 dage, patienter på anstalter for uhelbredeligt sindssyge, personer, der er taget i forvaring i fængsel eller tvangsarbejdsanstalt for en periode af mindst 2 år, samt

efter tilsynsmyndighedens nærmere bestemmelse personer, der er sygeforsikret efter et andet lands lovgivning. Personer, der ikke er forsikringspligtige, er afskåret fra at blive medlemmer af en almindelig sygekasse.

Et medlems barn omfattes af sygeforsikringen indtil udgangen af den kalendermåned, hvori det fylder 16 år.

2. Indtræden i forsikringen

Når en person, der hidtil har været forsikret som barn, bliver omfattet af forsikringspligten, skal sygekassen indskrive pågældende som medlem af kassen.

Når en person iøvrigt bliver forsikringspligtig, skal han inden 14 dage efter pligtens opståen indgive anmeldelse til den sygekasse, han henhører under. Indgives anmeldelsen i rette tid, bliver han medlem af kassen fra tidspunktet for pligtens opståen.

Selv om den forsikringspligtige undlader selv at give anmeldelse til sygekassen, skal denne snarest muligt indskrive ham som medlem af kassen. Medlemsskabet regnes fra forsikringspligtens opståen, dog tidligst fra og med den 3. kalendermåned før den, i hvilken indskrivning finder sted.

Sygekassen sender underretning til medlemmet såvel ved indskrivningen som, når der finder ændringer sted i forsikringen. Underretningen skal tjene til medlemmets orientering og har ingen retsstiftende virkning. Samtidig oprettes der i kassen et medlemskort og et navnekort for pågældende.

Til brug ved kassens registrering af de forsikringspligtige blev det i forbindelse med den nye sygeforsikringsordnings ikrafttræden pålagt folkeregistrene at sende centralsygekasserne oplysning om enhver person over 14 år, som var optaget i registret. Endvidere skal folkeregistrene hvert år sende centralsygekasserne oplysning om de personer, som i årets løb fylder 15 år, og som på det tidspunkt, oplysningerne skal gives, er optaget i registret. Folkeregistrenes oplysninger gives på de blanketter, der skal bruges som medlemskort, navnekort og underretninger til de forsikrede. De enkelte kasser indfører supplerende oplysninger på blanketterne, inden

disse indsættes i kassens medlemsregister, henholdsvis udsendes til medlemmerne.

Når der til folkeregistret indgår oplysning om ændringer i et medlems forhold af betydning for sygeforsikringen, underrettes sygekassen herom.

Så snart en sygekasse gennem medlemmets egen anmeldelse eller på anden måde (meddelelse fra folkeregistret) bliver bekendt med, at medlemmet ikke længere er forsikringspligtig, sletter kassen medlemmet med virkning fra tidspunktet for forsikringspligtens ophør.

3. Kontingentets størrelse

Et sygekassemedlem skal svare en afgift, der består i et bidrag til sygehjælpsforsikringen, et bidrag til dagpengegrundbeløbet og et bidrag til tillægsgdagpengene, jfr. herom nærmere foran i kapitel 4.

For hver enkelt sygekasse fastsætter riks-försäkringsanstalten efter indstilling fra kassen størrelsen af disse bidrag under hensyn til kassens indtægter og udgifter. Bidraget til sygehjælpsforsikringen og bidraget til dagpengegrundbeløbet er ens for alle, der er afgiftspligtige til disse dele af forsikringen, og beregnes for et kalenderår ad gangen; derimod er bidraget til tillægsgdagpengene afhængigt af, hvilken dagpengeklasse den forsikrede efter sin indtægt tilhører, således at alle inden for samme dagpengeklasse skal svare samme bidrag. Bidraget beregnes for en kalendermåned ad gangen.

Overstiger et medlems samlede bidrag til sygehjælpsforsikringen og dagpengegrundbeløbet - ialt ca. 50 kr. årlig pr. medlem - 2 pct. af hans skattepligtige indkomst, ned-sættes det samlede bidrag til de nævnte 2 pct. af indkomsten. I disse tilfælde betaler staten et tilskud, der svarer til nedsættelsen.

Såfremt bidraget for et kalenderår bliver mindre end 5 kr., opkræves det ikke.

4. Indkrævning af kontingentet

Samtlige sygeforsikringsbidrag afkræves sammen med skatterne; bidrag for den *fri-*

villige dagpengeforsikring indbetales dog direkte til sygekasserne.

Sygekasserne modtager fra oppebørselsmyndighederne det afgiftsbeløb, der er på-lignet kassens medlemmer, idet staten bærer tabet ved restance med forsikringsafgiften.

E. SAMMENHÆNGEN MED SYGEKASSEGRÆNSESPØRGSMÅLET

Spørgsmålet om frivillig eller tvungen ordning har i og for sig intet med spørgsmålet om sygekassegrænsen at gøre, men der kan tænkes såvel frivillige som tvungne ordninger uden eller med en sygekassegrænse.

Under en ikke-frivillig sygeforsikringsordning *med* en sygekassegrænse og dermed 2 former for forsikringsorganer: sygekasser for den del af befolkningen, hvis indtægter ligger under grænsen, og fortsættelsessygekasser for personer med indtægter over denne grænse, kan man imidlertid ikke uden videre gennemføre registreringen af samtlige forsikringspligtige efter de retningslinier, der som foran omtalt følges i den svenske sygeforsikringslovgivning, hvorefter det er folkeregistrene, som giver sygekasserne underretning om samtlige personer i de forsikringspligtige aldersgrupper. Under et system med 2 former for kasser vil det ikke uden særlige undersøgelser være muligt for folkeregistrene at vide, om en person hører hjemme i en sygekasse eller fortsættelsesygekasse. Det vil derfor være naturligt, at man i første omgang lader de forsikrede selv tage initiativ til indmeldelse (og eventuelt også flytning) af medlemsskabet, medens folkeregistrene kun træder i funktion over for dem, for hvem der ikke inden en vis frist er registreret en indmeldelse (flytning). Dette ville betyde, at man måtte anvende en tillempet form af de nugældende regler om samarbejde mellem folkeregistrene og sygekasserne vedrørende optagelse og forbliven som nydende eller bidragydende medlem i den offentlige sygeforsikring (fastlagt ved cirkulærer af 12. december 1940 fra henholdsvis indenrigsministeriet og socialministeriet).

II. KOMMISSIONENS DRØFTELSER

A. FORELIGGENDE FORSLAG

Under kommissionens drøftelser har der været rejst spørgsmål om indførelse af et *obligatorisk medlemskab* af sygeforsikringen for såvel bemidlede som ubemidlede, således at enhver person over en vis alder fik pligt til at søge optagelse i forsikringen, men adgangen til forsikringens ydelser først skulle indtræde, når optagelse rent faktisk havde fundet sted, og iøvrigt være betinget af, om pågældende opfyldte sin forpligtelse til at betale kontingent.

Endvidere er der rejst spørgsmål om indførelse af en *automatisk ordning*, hvorefter hele befolkningen skulle have adgang til gratis lægehjælp og sygehusbehandling, evt. med en vis selvrisiko i form af en kontrolafgift for hvert lægebefug.

B. ARGUMENTER FOR EN TVUNGEN ORDNING

Som begrundelse for afskaffelse af den nugældende frivillige ordning er det fremhævet, at det under denne ordning ofte vil være netop de personer, som har vanskeligst ved at klare sig i sygdomstilfælde, der vil holde sig uden for forsikringen, og at det er irrationelt at bevare et system, som nødvendiggør, at der ved siden af sygeforsikringen må opretholdes regler om sygehjælp gennem forsørgelsesvæsenet.

I sammenhæng hermed er det gjort gældende, at restanceproblemet ikke kan løses effektivt under en frivillig ordning, og at man for at modvirke, at folk glider ud af forsikringen under økonomiske vanskeligheder, under en sådan ordning tillige må have regler om adgang til kontingenthjælp fra kommunen.

Det er endvidere anført, at man under et frivilligt system af forsikringsmæssige grunde må opretholde de helbreds- og aldersbetingelser, som for øjeblikket gælder i forbindelse med optagelse i forsikringen, og at reglerne om varighedsbegrænsningen også

fortsat må være gældende under et sådant system. I modsat fald skulle der være fare for, at den enkelte kunne spekulere i at holde sig uden for forsikringen, indtil hans sygehjælpsudgifter på grund af alder eller vaklende helbred blev af betydelig størrelse.

Det er endvidere gjort gældende, at det ville være umuligt at opnå en tilfredsstillende løsning på dagpengespørgsmålet under en frivillig ordning, og at det ville have betydning for opkrævningen af en tvungen invalidepræmie af den nuværende karakter, at også sygeforsikringen var tvungen.

C. ARGUMENTER FOR EN FRIVILLIG ORDNING

Fra anden side i kommissionen er der henvist til, at den danske sygeforsikringsordning siden sin første begyndelse har hvilet på frivillighedsprincippet, og at nu omkring 89 pct. af befolkningen er indmeldt i forsikringen som nydende medlemmer, samt at man ad denne vej har fået en sygeforsikring, der i en række henseender er væsentlig bedre end de tvungne forsikringssystemer, man har opbygget i andre lande. I denne forbindelse har man stærkt fremhævet betydningen af, at den mindrebemidlede del af befolkningen har adgang til fri lægehjælp igennem sygekasserne.

Lægeforeningens repræsentanter i kommissionen er gået imod en tvungen ordning og har under drøftelserne i kommissionen haft lejlighed til indgående at redegøre for dette standpunkt. Det er fundet hensigtsmæssigt her at gengive Lægeforeningens udtalelse, således som denne ved de afsluttende drøftelser har fået udtryk i et af lægerepræsentanterne affattet indlæg:

Lægeforeningens repræsentanter i kommissionen har fremhævet, at en obligatorisk forsikringsordning, bl. a. på grund af kontingentrestanceproblemerne, som ikke kan løses tilfredsstillende i et obligatorisk forsikringssystem i forbindelse med prak-

tiske spørgsmål vedrørende kontingentopkrævning, formentlig i løbet af kort tid vil udvikle sig til en automatisk ordning. Under en automatisk ordning, hvad enten denne er kommunal eller statslig, vil det være en pligt for det offentlige, som således har overtaget ansvaret, at stille et effektivt system til disposition for befolkningen, som ved lov er underlagt et sådant system, og som er tvunget til at bidrage til systemets finansiering. Dette vil efter lægernes opfattelse udelukke en fortsættelse af principperne i det nuværende system, hvorefter vilkårene for lægebehandling uden for sygehusene for sygekassemedlemmers vedkommende fastlægges i overenskomster mellem lægernes og sygekassernes organisationer. Såfremt det offentlige - stat eller kommuner - overtager systemet, må befolkningen med rette forvente, at der i den aktuelle situation er et effektivt system til rådighed. Efter lægernes opfattelse må man i et sådant nyt system forlade overenskomstprincippet, og der er da kun 2 muligheder:

1) Et refusionssystem, som findes flere steder i udlandet, bl. a. i Sverige, og hvorefter systemet til lægehjælp yder en økonomisk godtgørelse til den person, der søger lægen. Denne godtgørelse udgør i Sverige $\frac{3}{4}$ af den af den svenske regering uden forhandling med lægerne fastsatte takst, der imidlertid ikke er bindende for lægerne. Refusionstaksten er ens, hvad enten hjælpen er ydet af praktiserende læge eller af speciallæge.

Lægerne i kommissionen er ikke tilhængere af en sådan ordning, selvom den formentlig vil være en økonomisk fordel for lægerne. Lægerne har fremhævet, at en ordning, hvorefter enhver person til enhver tid kan søge en hvilken som helst læge, praktiserende læge eller speciallæge, med refusionspligt for systemet, i løbet af nogen tid — i hvert fald i byer og på steder med flere læger - vil undergrave familielægeprincippet, som er opbygget her i landet, og som fra alle sider, ikke

mindst i befolkningen, anerkendes som noget meget værdifuldt. Under et sådant system vil det ikke være muligt at opretholde vor nuværende ordning med henblik på profylaktisk lægegering, d. v. s. regelmæssige helbredsundersøgelser af gravide og børn, vaccinationer m. v., idet den nuværende ordning i udstrakt grad er baseret på familielægeprincippet (huslægen). Disse funktioner må derfor forventes at overgå til institutioner, således som tilfældet er i udlandet. Dette vil formentlig betyde mindre effektivitet, f. eks. med henblik på vaccinationer mod difteri og polio. Et system, som begunstiger hyppig brug af skiftende læger, vil være urationelt, idet en række undersøgelser, som allerede er foretaget et sted, må gentages et andet sted. Endvidere vil det under et refusionssystem ikke være muligt at opretholde en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem praktiserende læger og speciallæger, idet den her i landet gældende ordning, hvorefter den praktiserende læge i almindelighed henviser til speciallægen, når dette er fornødent, bortfalder, når patienterne uden begrænsning direkte kan henvende sig til en speciallæge, som derved kommer til at behandle en række sygdomstilfælde, som ikke er specialtilfælde. En sådan ordning er efter lægernes mening ikke rationel.

Til disse lægelig-saglige betragtninger kan føjes den økonomiske betragtning, at befolkningen under et refusionssystem må opgive den frie lægehjælp, som utvivlsomt for visse befolkningsgrupper er af stor værdi. I et refusionssystem må den, der søger lægen, selv betale lægens honorar direkte for derefter at få refunderet en vis del af lægehonoraret.

2) Den anden mulighed, der foreligger i et offentligt system, er, at lægerne ansættes af det offentlige. Dette kan enten ske ved en almindelig tjenestemandsansættelse med fast begrænset arbejdstid, fast ferietid, pensionsrettighed m. v., eller ved, at det offentlige afkøber lægerne deres praksis og fastsætter vilkår for frem-

tidige forhold, således som det er sket i England. En tjenestemandsansættelse vil medføre visse goder for lægestanden, bl. a. en økonomisk sikkerhed. Det vil imidlertid kræve et betydeligt større antal læger, end der i dag forefindes. Det vil for befolkningen have den følge, at »det fri lægevalg« ikke kan opretholdes, men befolkningen må acceptere, at den læge, som i den givne situation er vagthavende, yder sin hjælp. Den personlige kontakt mellem den syge og lægen, som er af afgørende betydning for al lægegering, vil bortfalde. Såfremt en egentlig tjenestemandsansættelse ikke kommer på tale, men det offentlige afkøber lægerne deres praksis og derefter fastsætter de fremtidige vilkår, vil dette medføre en øjeblikkelig betydelig økonomisk belastning for det offentlige, og lægerne vil i fremtiden komme i et afhængighedsforhold til det offentlige, som lægestanden — uanset eventuelt tilfredsstillende økonomiske vilkår — ikke kan acceptere under hensyn til grundprincipperne i lægegeringens tradition og etik.

Som konklusion af disse betragtninger må Lægeforeningens repræsentanter i kommissionen fastholde, at den frivillige forsikringsordning, der rummer mulighed for forhandling mellem ligeberettigede parter om lægegeringens vilkår, oprettholdes.

Det er endvidere fra anden side anført, at en tvungen ordning ville skabe utilfredshed hos den bemidlede del af befolkningen og svække de pågældendes interesse i forsikringen, da de eventuelt ønsker at bevare adgangen til hjælp under de frie former, som de efter den gældende ordning kan få det gennem fortsættelsessygekasserne.

Imod de foran under B anførte synspunkter er det anført, at problemet om personer, som i sygdomstilfælde vil falde det offentlige til byrde, i hvert fald ikke løses ved en obligatorisk ordning, idet sådanne personer ofte vil komme i kontingentrestance og derved miste adgangen til forsikringsydelse. Det har under kommissionens drøftelser været

nævnt som en mulighed, at forsikringen kunne gøres obligatorisk blot for den mindstbemidlede del af befolkningen. Kommissionen har imidlertid taget afstand fra denne tanke ud fra den betragtning, at der ikke bør indføres tvang alene for en del af befolkningen, og der, hvis grænsen for forsikringspligten sættes tilstrækkelig lavt, ville opstå forsikringsinstitutioner, som ville få skæret af en slags »fattigsygekasser«.

Med hensyn til alders- og helbredsbetingelser samt varighedsbegrænsninger er det anført, at man også under en frivillig ordning vil kunne finde udveje for at afhjælpe ulemperne under en frivillig ordning, jfr. herom i kapitel 7.

Endelig er det fremhævet, at dagpenge-spørgsmålet kan løses uafhængigt af det system, der fastlægges for den øvrige del af sygeforsikringen, og sygehjælpen behøver derfor ikke at blive organiseret som en tvungen forsikring, selv om der er behov for en tvungen dagpengeforsikring.

Det vil tillige være teknisk gørligt, muligvis ønskværdigt, at overskære forbindelsen mellem sygeforsikringen og invalideforsikringen og eventuelt lade invalidepræmien indgå i folkepensionsbidraget; herved må iøvrigt erindres, at opkrævning af invalidepræmie efter de hidtidige regler alene vil nødvendiggøre opretholdelse af det nuværende tvungne *bidragydende medlemskab*.

D. KONKLUSION

Under afvejelse af de foran omtalte forhold og synspunkter — herunder den store tilslutning, den hidtidige frivillige ordning har fået, og de af Lægeforeningens repræsentanter indtagne standpunkter — er kommissionen kommet til det resultat, at man bør bevare det frivillighedsprincip, som indtil nu har været et af de grundlæggende træk i den danske sygeforsikringslovgivning. Sygeforsikringen bør derfor være *frivillig* i den forstand, at der ikke indføres en almindelig pligt til *nydende* medlemskab. Dette synspunkt gælder dog ikke spørgsmålet om dagpenge under sygdom, der udskilles til selv-

stændig behandling og må løses uafhængigt af reglerne for den øvrige del af hjælpen under sygdom, jfr. nedenfor i kapitel 13¹⁾).

Om en udbygning af det bestående *bidragydende* medlemsskab af hensyn til den i kommissionen ønskede ophævelse af helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse henvises til kapitel 7²⁾), hvorefter der bør opretholdes en *pligt* for enhver voksen dansk statsborger med bopæl her i landet, der ikke er *nydende* medlem af sygeforsikringen, til at være *bidragydende* medlem. Ved opretholdelsen heraf sikres det, at alle får pligt til at sikre sig den senere adgang til at blive nydende medlem, og ved den (i kapitel 7) foreslåede forhøjelse af medlemsbidraget sikres, at der også ydes rimelig dækning til kasserne for de deraf følgende byrder. Dette bidragydende medlemsskab vil med andre ord opveje væsentlige ulemper ved det frivillige medlemsskab.

Der er i kommissionen enighed om, at sammenknytningen mellem sygeforsikringen og den indtægtsbestemte folkepension ikke kan tillægges en sådan sygeforsikringsmæssig betydning, at man fortsat bør gøre adgangen til folkepension betinget af medlemsskab af den offentlige sygeforsikring, og folkeforsikringslovens regler herom foreslås derfor ophævet.

Endvidere finder kommissionen, at forbindelsen mellem syge- og invalideforsikringen ikke kan anses for at være en nødvendighed af hensyn til sygeforsikringen.

Et mindretal (Henning Friis og F. M. Hartmann) vil foretrække gennemførelse af et alle omfattende nydende medlemsskab af sygeforsikringen. Det forekommer mindretallet u hensigtsmæssigt, at der er mulighed for at undlade deltagelse i sygeforsikringsordningerne, så længe sygdomsrisikoen forekommer ringe og så på et senere tidspunkt, når der er større sygdomsrisiko, at kunne gå ind i forsikringssystemet eller i sygdomstilfælde at kunne opnå gratis behandling uden

1) Se side 192.

2) Se side 69 ff.

om sygeforsikringen, såfremt medlemsskab ikke er sikret.

Flertallet har søgt at imødegå dette uheldige forhold ved det i kapitel 7³⁾ fremsatte forslag om en forhøjelse af det tvungne kontingent for bidragydende medlemmer; herigennem tilsigtes også at opmuntre bidragydende medlemmer til at overgå til nydende medlemsskab. Det forekommer dog ikke mindretallet, at forslaget sikrer, at de angivne formål opnås i tilstrækkeligt omfang.

Det tilføjes, at mindretallet ikke føler sig overbevist om, at de af Lægeforeningens repræsentanter anførte vidtrækkende konsekvenser af en alle omfattende forsikringsordning vil indtræde, idet en sådan ordning ikke med nogen nødvendighed vil indebære, at den nuværende forhandlingsordning mellem sygekasser og læger skulle bortfalde.

E. MINDRETALSFORSLAG MED SKITSE TIL EN FRIVILLIG ORDNING UNDER ET ANDET SYSTEM END DET NUVÆRENDE

Et mindretal (Erik Ninn-Hansen) ønsker en frivillig ordning med adgang for alle til medlemsskab i sygekasserne.

En sådan ordning ville forudsætte den ændring i systemet, at sygekassegrænsen ophæves.

Mindretallet har i kommissionen stillet forslag om, at der udarbejdes en lovgivning, der bygger på befolkningens frie ret til at vælge, om den ønsker at forsikre sig imod sygdom, og hvorledes den ønsker denne sikring. Mindretallet ønsker, at der igennem sådan lovgivning skal opnås følgende:

Alle personer over 14 år skal have ret til at være medlem af en anerkendt sygekasse. De, der ikke ønsker et sådant medlemsskab, kan enten indmelde sig i en privat sygeforsikring (derunder i en fortsættelsesygekasse, hvis disse vedblivende skal bestå som private sygeforsikringer, jfr. herom i kapitel 8, afsnit V.C.⁴⁾), eller de kan helt undlade

3) Se side 70.

4) Se side 96.

at tilslutte sig nogen form for sygeforsikring.

Under den foreslåede frivillige ordning vil pligten til bidragydende medlemskab bortfalde, jfr. iøvrigt kommissionens forslag foran i afsnit D. om, at medlemskab af en sygekasse ikke skal være en betingelse for senere at kunne oppebære indtægtsbestemt folkepension.

Mindretallets forslag, hvorefter der er fri adgang til - uanset indtægts- og formueforhold - at indmelde sig i en sygekasse, indebærer, at sygekasserne får adgang til - som tilfældet iøvrigt er efter den nuværende ordning - at fastsætte visse karenstider og aldersbetingelser for de medlemsansøgere, der ikke ved det fyldte 14. år har søgt optagelse i sygekasserne og er forblevet som medlemmer af disse. Kontingentet i de enkelte sygekasser skal være ens for alle medlemmer. Der skal være adgang til at fastsætte betaling (kontrolafgift) for ydet lægehjælp, og kontingentfritagelse eller kontingentnedsættelse skal kunne ske efter ansøgning herom.

Med hensyn til de økonomiske virkninger af forslaget skal bemærkes, at et behov for øget statstilskud til sygekasserne kun vil kunne opstå, såfremt medlemstilgangen til disse bliver forøget. Det har ikke gennem undersøgelser foretaget af kommissionen kunnet oplyses, hvorvidt det måtte antages, at en sådan medlemstilgang ville ske under en helt frivillig ordning uden en sygekassegrænse. Den maksimale stigning i medlemstallet ville være et antal, der svarer til 10-11 pct. af befolkningen. Hvis det antoges, at de nuværende nydende medlemmer af fortsættelsesygekasserne ville vælge den almindelige sygeforsikring, kunne stigningen i medlemstallet anslås til at ville svare til ca. 8 pct. af befolkningen. Efter mindretallets opfattelse

vil det fremsatte forslag ikke kunne bevirke nogen væsentlig ændring af den nuværende økonomiske basis for sygekassernes virksomhed.

Det er iøvrigt mindretallets opfattelse, at der bør tilstræbes en ordning, hvorefter forsikringen i højere grad kommer til økonomisk at hvile i sig selv. Mindretallet har dog afstået fra direkte at fremsætte forslag om formindskelse af det nuværende statstilskud til sygeforsikringen, da det har været kommissionens opfattelse, at det økonomisk-politiske spørgsmål om tilskudsreglerne må henvises til overvejelse og afgørelse i regering og folketing, jfr. kapitel 10 i slutningen⁵⁾.

Da det heller ikke under en frivillig ordning på forhånd kan skønnes, om antallet af lægernes private patienter (patienter der ikke er medlemmer af en sygekasse) bliver formindsket, kan forslaget ikke indebære et forhåndskrav om, at lægehonorarerne forhøjes som følge af sygekassegrænsens ophævelse (jfr. om dette spørgsmål nærmere i kapitel 8, afsnit V. B.⁶⁾). Mindretallet ønsker endvidere at pointere, at en sådan ordning, hvor befolkningen frit kan vælge mellem at være medlem af en statsanerkendt sygekasse eller af en privat sygeforsikring, ikke kan medføre noget krav om statsansættelse af læger, men tværtimod synes at give de bedste betingelser for, at overenskomstforholdet mellem lægerne og sygekasserne kan fortsættes.

Mindretallet beklager, at kommissionen ikke har optaget de foreliggende spørgsmål til drøftelse på det af mindretallet angivne grundlag, og bemærker, at det, da kommissionens forslag bygger på et andet system, i det hele taget ikke har kunnet tiltræde disse forslag.

⁵⁾ Se side 140.

⁶⁾ Se side 94 f.

KAPITEL 7

Helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i den offentlige sygeforsikring.

Begrænsningen i varigheden af sygeforsikringens ydelser

I. HELBREDSBETINGELSER OG ALDERSBETINGELSER FOR OPTAGELSE I SYGEFORSIKRINGEN

A. GÆLDENDE REGLER

1. Sygekasserne

a) Helbreds-betingelser

I sygekasserne kan ikke optages personer, som ikke er *arbejdsføre*, jfr. folkeforsikringslovens § 7, stk. 2, og socialministeriets bekendtgørelse af 28. september 1933, efter hvis § 4, stk. 1, en person anses som arbejdsfør, hvis han må antages nu og inden for en nærmere fremtid ved lønnet arbejde for andre eller ved selvstændig erhvervsvirksomhed at kunne yde et vist bidrag til sit underhold; bidraget må altså have nogen økonomisk værdi; som arbejdsfør kan aldrig anses en person, hvis tilstand kræver eller skønnes at måtte kræve varig kur og pleje på anstalt.

Personer, som vel er arbejdsføre, men hvis arbejdsevne væsentligt er indskrænket på grund af kronisk sygdom eller svaghed, kan kun optages i sygekasse med *vedtegning* om denne sygdom, jfr. § 7, stk. 3. - Betydningen af således at blive optaget med vedtegning er for medlemmet en begrænsning af dagpengeretten til højst 3 kr. pr. dag. Endvidere kan ikke alle sådanne medlemmer invalideforsikres. - For sygekasserne har vedtegnin-

gen den betydning, at de i princippet får fuld dækning fra det offentlige af kassens merudgift til medlemmer, optaget med vedtegning, jfr. § 13, stk. 3. Endvidere kan bemærkes, at der i kassernes overenskomster med lægeorganisationerne findes bestemmelser om en merbetaling til lægerne for sådanne medlemmer, når lægerne betales efter takst I¹).

Størstedelen af afgørelserne om, at personer ikke er arbejdsføre, forelægges direktoratet for sygekassevæsenet. Af det materiale, der således foreligger for direktoratet, fremgår, at der til stadighed er ca. 14-15.000 personer, der af helbredsmæssige grunde ikke kan optages i sygekasse. Henved halvdelen af de afviste er åndssvage, og iøvrigt er et væsentligt antal sindslidende.

Optagelse i sygekasse kan ikke finde sted på et tidspunkt, hvor pågældende midlertidigt er syg, jfr. § 7, stk. 1.

Det må fremhæves, at *børn under 15 år* er dækket af deres forældres sygeforsikring, uanset børnenes egen helbredstilstand.

Tillige må fremhæves samspillet med det

1) Se side 142.

pligtige *bidragydende medlemsskab*, se herom nedenfor under c).

b) Aldersbetingelser

Sygekasserne skal give adgang til optagelse for personer i alderen 14-60 år. Optagelse efter det fyldte 40. år kan dog ikke finde sted for personer, som ikke har opfyldt den dem påhvilende pligt til optagelse som bidragydende medlem i sygekasse eller fortsættelsesygekasse. Denne regel betyder i praksis, at danske statsborgere, som til stadighed har været bosat her i landet, ikke kan optages i sygekasse efter det 40. år, jfr. folkeforsikringslovens § 11, stk. 5, og § 83, stk. 7, 2. pkt.

c) Det pligtige bidragydende medlemsskabs betydning for helbreds- og aldersbetingelser

Den faktiske betydning af, at der skal opfyldes visse helbreds- og aldersbetingelser for optagelse i sygekasse modificeres i betydelig grad af, at en person, som er bidragydende medlem af en sygekasse, og som opfylder de økonomiske betingelser for optagelse som nydende medlem, når som helst på begæring kan få nydende medlemsret uanset sin helbredstilstand eller alder på dette tidspunkt, og alene med den begrænsning, at ret til sygehjælp først fås efter en karenstid på 6 måneder. — Det må herved erindres, at der er pligt til bidragydende medlemsskab, såfremt indmeldelse som nydende medlem i en sygekasse eller fortsættelsesygekasse ikke finder sted. Denne pligt vedvarer til det 60. år. Ved optagelsen som bidragydende medlem må helbreds- og aldersbetingelserne være opfyldt. Det kan endvidere fremhæves, at kontingentet for de bidragydende medlemmer til sygeforsikringen kun udgør 2,40 kr. årligt, medens det gennemsnitlige kontingent for sygekassernes nydende medlemmer i 1956 var ca. 76 kr. Løvrigt henvises om det nuværende bidragydende medlemsskab til kapitel 6²⁾.

2. Fortsættelsesygekasserne

a) Helbreds-betingelser

For optagelse direkte i en fortsættelsesygekasse gælder noget strengere regler end

²⁾ Se side 59.

for optagelse i sygekasse, idet personer, der i en sygekasse kun ville kunne optages med vedtegning, ikke kan optages.

For *børn* gælder en lignende regel som i sygekasserne.

Om *overflytning* fra sygekasse, se nedenfor under c).

I fortsættelsesygekasserne gælder endvidere noget strengere regler end i sygekasserne om generhvervelse af ret som nydende medlem, når maksimum for sygehjælp er opbrugt. Hvis fortsættelsesygekassernes medlemmer af denne grund overføres til bidragydende medlemsskab, kan de kun genoptages som nydende medlemmer, hvis de opfylder betingelserne for direkte indmeldelse i kassen, herunder helbreds- og aldersbetingelserne. Medlemmer af disse kasser kan derfor ved at opbruge sygehjælpen glide mere varigt ud af forsikringen end sygekassernes medlemmer.

b) Aldersbetingelser

Fortsættelsesygekasserne skal ifølge § 32 give adgang til optagelse af bemidlede personer i alderen 14-40 år. Ifølge kassernes vedtægt gælder en højeste aldersgrænse på 60 år. Reglen i folkeforsikringslovens § 83, stk. 7, medfører samme resultat som for sygekasserne, jfr. foran.

c) Overflytning fra sygekasser

I praksis mindkes forskellen mellem sygekassernes og fortsættelsesygekassernes optagelsesbetingelser væsentligt af, at den hyppigst forekommende indtræden i fortsættelsesygekasserne sker ved overflytning fra en anerkendt sygekasse som følge af, at pågældendes økonomiske forhold ikke længere tillader nydende medlemsskab i en sådan kasse. Ved denne overførelse på grund af, at et nydende sygekassemedlem ikke længere er ubemidlet, gælder ingen helbreds- eller aldersbetingelser og heller ingen ventetid.

B. KOMMISSIONENS DRØFTELSER

I kommissionen er fremsat ønske om, at helbreds-betingelserne og aldersbetingelserne

for optagelse som nydende medlem i sygeforsikringen ophæves eller i al fald lempes, og at man under alle omstændigheder fjerner forskellige urimeligheder i særlige situationer, hvoraf nogle kort er nævnt ovenfor. Der er herved peget på, at disse betingelser for optagelse rammer netop dem, der i særlig høj grad trænger til støtte under sygdom m. m., og der er peget på, at der efter den gældende lovgivning alligevel i reglen ydes offentlig hjælp til sådanne personer, i al fald i trangstilfælde.

Som følge af, at sygeforsikringen er baseret på en forsikringsmæssig ordning, der er knyttet til de enkelte kasser, som hver har sin egen økonomi, må en ophævelse af helbreds- og aldersbetingelser forudsætte, at det hindres, at indmeldelse udsættes til et tidspunkt, hvor en sygehjælpssituation er blevet aktuel, herunder at man venter til en højere alder, hvor sygerisikoen erfaringsmæssigt er større. Tillige må det undgås, at en enkelt kasses økonomi belastes urimeligt ved en tilfældig ophobning i denne kasse af særlig mange kronisk syge medlemmer. Især for de mindre kasser ville det sidste være en væsentlig ulempe.

Under en ordning med tvungent medlemskab i sygeforsikringen ville der ingen risiko være for at udnytte muligheden for at udsætte indmeldelse i forsikringen, til der er brug for den, og en ophævelse af helbreds- og aldersbetingelserne kunne derfor foretages uden risiko herfor. Efter en tvungen ordning ville aldersbetingelser heller ikke have nogen betydning.

Hvis en ordning baseres på frivilligt medlemskab, vil det derimod være nødvendigt at indføre særlige regler, der kan hindre misbrug fra personer, som måtte vente med at indmelde sig, til de har brug for forsikringen.

Som nævnt i kapitel 6 har kommissionen forudsat, at sygeforsikringen fremdeles bør organiseres som en frivillig ordning. Man har derfor overvejet, hvorledes man under et frivilligt system kunne ophæve helbreds- og aldersbetingelserne, uden at der skulle blive fare for misbrug.

Herved har man haft for øje, at helbreds- og aldersbetingelserne i realiteten er ophævet for alle bidragydende medlemmer af sygekasserne, og at der ikke gælder nogen helbreds- og aldersbetingelser for børn under 15 år³⁾, hvis forsørgere er sygekassemedlemmer.

Kommissionen finder, at der i al fald bør være adgang til at *fortsætte børns sygeforsikring* også efter, at de ikke længere dækkes af forsørgerens sygeforsikring, uanset om de på dette tidspunkt opfylder helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse. Det foreslås derfor, at indmeldelse som nydende medlem altid skal kunne finde sted uden helbreds- og aldersbetingelser, når indmeldelsen sker ved det fyldte 15. år og inden en vis kortere frist derefter. Det fremhæves herved, at en regel, der giver en sådan adgang til indmeldelse ved optagelse ved en bestemt alder, ikke har forsikringsmæssige ulemper, idet denne adgang i sig selv ikke åbner nogen mulighed for at vente med indmeldelsen til et tidspunkt, hvor behovet for sygehjælp er blevet aktuelt.

Medens helbreds- og aldersbetingelser m. v. således uden videre vil kunne ophæves for de unge, der ophører med at være omfattet af forældrenes forsikring, melder der sig for andre persongruppers vedkommende spørgsmålet om at knytte visse betingelser eller forudsætninger til en sådan nyordning, jfr. de almindelige bemærkninger ovenfor. Kommissionen har haft 2 muligheder for øje:

a) Den ene mulighed er, at der for personer, som først indmelder sig senere, end de har adgang til, indføres en betydelig karenstid, f. eks. 2 år - eventuelt flere karenstider i forhold til indmeldelsesalderen og en adgang for kasserne til i deres vedtægt at fastsætte maksimumsalder for indmeldelse - eventuelt stigende kontingent i forhold til indmeldelsesalderen. Samtidig skulle det nuværende bidragydende medlemskab afskaffes.

b) Den anden mulighed er, at det bidragydende medlemskab opretholdes, og bidra-

³⁾ Det bemærkes, at der andetsteds i betænkningen stilles forslag om ændring af denne aldersgrænse, men af praktiske grunde tales i det følgende fremdeles om aldersgrænsen 15 år.

get forhøjes klækkeligt, idet provenuet anses for en afgift, der tilfalder sygekasserne som vederlag for at skulle optage personer uden hensyn til helbred og alder.

Med hensyn til mulighed a) opstår den ulempe, at den lange karenstid vil kunne bevirke, at det offentlige må træde til i en række trangstiltfælde, hvortil kommer, at ikke-forsikrede ikke vil få nogen direkte påmindelse angående betimeligheden af at blive nydende medlem af sygeforsikringen. Det ville endvidere medføre administrative ulemper at operere med forskellige karenstider og kontingenter i forhold til indmeldelsesalderen.

Kommissionens flertal har derfor foretrukket den anden mulighed, nemlig en udbygning af det bidragydende medlemsskab.

Det nuværende bidragydende medlemsskab er som omtalt i kapitel 6 mere begrundet i hensynet til aldersrenten (nu folkepensionen) end til sygeforsikringen. Hvis forbindelsen mellem sygeforsikringen og retten til at oppebære folkepension som foreslået i kapitel 6 ophæves, finder kommissionen, at det af sygeforsikringsmæssige grunde er urimeligt at tillade overgang til nydende medlemsskab med en karenstid på V2 år, blot fordi pågældende har betalt det nuværende beskedne kontingent som bidragydende. Hvis en sådan adgang skal opretholdes, bør systemet derfor efter kommissionens opfattelse ændres således, at de, der i en årække undlader at forsikre sig, så vidt muligt selv bærer den merudgift, de påfører forsikringen ved deres senere indmeldelse på grund af et skrøbeligere helbred, således at de, der udsætter indmeldelsen, ikke får en urimelig fordel herved.

Dette skulle gennemføres ved at udbygge det hidtidige bidragydende medlemsskab, der kun har pålagt medlemmerne et symbolsk bidrag, til en egentlig forsikring, hvortil der betales et kontingent, som skønnes at være en rimelig betaling for at have adgangen til når som helst senere at få nydende medlemsret, formentlig med en vis karenstid for at udelukke spekulation i sygehjælp under midlertidige sygeperioder.

Kontingentet for en sådan tvungen forsikring må formentlig fastsættes skønsmæssigt; i kommissionen er drøftet muligheden af et kontingent på 24 kr. årligt. Man har herved lagt vægt på, at kontingentet bør kunne opdeles i passende månedlige beløb og stå i et rimeligt forhold til de nydende medlemmers kontingent (der for tiden gennemsnitligt er ca. 3-4 gange så stort). En eventuel reguleringsbestemmelse i loven bør tage hensyn til disse synspunkter og til, at en regulering ikke bør ske for ofte.

En sådan ordning kunne iøvrigt opbygges på linie med det hidtidige bidragydende medlemsskab, dog med den ændring, at sletelse som bidragydende medlem ikke her finder sted, idet ordningen opbygges som en automatisk ordning, og således, at risikoen for, at kontingenterne indgår, lægges på det offentlige. Udmeldelse efter opnåelse af en vis alder skal heller ikke kunne finde sted. En definitiv fortabelse af adgangen til at blive nydende medlem vil herefter ikke længere kunne forekomme.

I det følgende skitseres enkeltheder i en ordning, som tager sigte herpå.

To mindretalsudtalelser findes nedenfor i afsnit F⁴).

C. SKITSE TIL ET AUTOMATISK BIDRAGYDENDE MEDLEMSSKAB

1) Enhver person over (16) år, der har indfødsret og er bosat her i riget eller er forhyret med dansk skib, og som ikke er nydende medlem af en sygekasse eller af en fortsættelsessygekasse, har *pligt til at være bidragydende* medlem af en anerkendt sygekasse eller - for personer over sygekassegrænsen - statskontrolleret fortsættelsessygekasse.

Ordningen bør så vidt muligt være automatisk, men som følge af, at der både kan være tale om nydende og bidragydende medlemsskab, forudsættes i det følgende et initiativ fra pågældende, før optagelse sker, da han må vælge den forsikringsform, han foretrækker. Reglen kan udformes således, at det

⁴) Se side 73.

påhviler enhver af de nævnte personer senest (3) måneder efter, at han har opnået 16 års alderen at fremsætte begæring om optagelse som nydende eller bidragydende medlem i vedkommende sygekasse eller fortsættelsesygekasse. For personer, der på dette tidspunkt opholder sig i udlandet, er der pligt til at søge optagelse, hvis de bosætter sig her i landet på et senere tidspunkt; for sådan optagelse fastsættes en frist på (1) år efter hjemkomsten her til landet.

Kommissionen er opmærksom på, at spørgsmålet om overførelse til dansk sygeforsikring af personer med ophold her i landet, der ikke har dansk indfødsret, i et vist omfang er løst ved overenskomster med andre stater. Man skal dog henstille, at der foretages en nærmere gennemgang af problemer i forbindelse med udlændinges optagelse i sygeforsikringen.

2) *Medlemsbidraget* for bidragydende medlemmer fastsættes til 24 kr. årligt. Betales dette medlemsbidrag ikke inden den i vedtægten fastsatte restancefrist, anmeldes restancen for kommunalbestyrelsen, som lader bidraget opkræve og inddrive efter reglerne om opkrævning af skat til kommunen. Såvel de inddrevne bidrag som de bidragsrestancer, der ikke er inddrevet inden en vis frist, afregnes af kommunen med vedkommende sygekasse eller fortsættelsesygekasse.

(Hertil bør formentlig føjes regler om virkningen af, at bidragydende medlemskontingenter anses for uerholdelige ved udpanning og om eftergivelse af restancer i sådanne situationer).

3) Der fastsættes regler som de nuværende om *samarbejdet mellem folkeregistre, sygekasser og fortsættelsesygekasser* om forsikringens opretholdelse, og der fastsættes detailregier i lighed med de nuværende i folkeforsikringslovens S 83. Ved dette samarbejde opnås, at enhver, der ikke inden en vis frist har indmeldt sig, automatisk noteres som bidragydende medlem i vedkommende kasse. (Denne ordning svarer over for de pågældende økonomisk set til den nuværende bodsordning).

4) Et bidragydende medlem af en sygekasse eller fortsættelsesygekasse er berettiget til uden hensyn til helbred eller alder på overgangstidspunktet at *overgå til at være nydende medlem* af sygekassen henholdsvis fortsættelsesygekassen. Ret til hjælp af sygekasse eller fortsættelsesygekasse opnås dog først efter et tidsrum af 6 måneder efter, at sådan overgang til nydende medlemsskab har fundet sted.

For de personer, som ikke i tide har opfyldt pligten til at være bidragydende medlemmer, og hvis forsømmelse først senere er opdaget, således at de først en tid efter forsikringspligtens indtræden har begyndt at erlægge kontingentet, bør dog formentlig - så længe deres kontingentindbetaling ikke er kommet a jour - fastsættes en længere karenstid end den fornævnte på 6 måneder.

5) Ved forudsætningen om, at der for såvel nydende som bidragydende medlemmer kun kan være tale om sådant medlemskab i *sygekasserne* for ubemidlede og i *fortsættelsesygekasserne* for bemidlede, opnås, at indtægten ved den særlige forsikringspræmie for retten til senere hen at blive nydende medlemmer på en formentlig rimelig måde fordeles mellem de to slags forsikringsorganer. For de bidragydende medlemmer kan, da alene det sidste formål skal opnås, afgørelsen om bemidlethed træffes summarisk, f. eks. efter sidste års skattepligtige indtægt og børneantal.

D. ALDERSGRÆNSE FOR BØRNS DÆKNING Gennem FORÆLDRENES FORSIKRING OG FOR BØRNS DIREKTE MEDLEMSSKAB

Det er foran nævnt, at optagelse i sygekasser og fortsættelsesygekasser kan ske fra det fyldte 14. år, og at børn under 15 år er dækket af deres forældres sygeforsikring.

Denne forskel på de to aldersgrænser er praktisk, når medlemsskab skal oprettes ved en indmeldelse, idet denne ellers måtte foretages på en ganske bestemt dato.

Kommissionen finder det imidlertid ønskeligt at forlænge den periode, hvori børn

dækkes af deres forældres forsikring til det 16. år, jfr. herved bl. a. at denne alder i skattelovgivningen er grænsen for selvstændig skattepligts indtræden. I det følgende kapitel 8 foreslås i overensstemmelse hermed aldersgrænsen for beregning af børnetillæg til sygekassegrænsen forhøjet til 16 år.

Kommissionen foreslår derfor, at børn fremtidig omfattes af forældrenes forsikring indtil det fyldte 16. år, medens indmeldelse som selvstændigt medlem kan finde sted fra det 14. år. Aldersgrænsen for opkrævning af medlemsbidrag som bidragydende medlem bør formentlig fastsættes til det 16. år, jfr. foran under afsnit C.

For børn under 18 år, der ikke har egen indtægt, er det ifølge gældende praksis forældrenes økonomiske forhold, der afgør, om børnene ved optagelse som selvstændige medlemmer skal optages i sygekasse eller fortsættelsesygekasse. Hvis børnene har egen arbejdsindtægt, afgøres spørgsmålet derimod på grundlag af deres egne økonomiske forhold.

Da dette giver det urimelige resultat, at bemidledes børn under uddannelse i modsætning til børn med egen arbejdsindtægt ikke kan optages i sygekasse, foreslår kommissionen at spørgsmålet afgøres udelukkende efter barnets egne økonomiske forhold i alle de tilfælde, hvor der oprettes selvstændigt medlemsskab.

E. ØKONOMISKE VIRKNINGER AF FORSLAGET OM OPHÆVELSE AF HELBREDS- OG ALDERSBETINGELSERNE

En ophævelse af helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse i sygeforsikringen vil forøge kassernes udgifter. Endvidere vil de foran i afsnit A nævnte særlige tilskud for personer optaget med vedtegning om en kronisk sygdom bortfalde. Det samme gælder et særligt statstilskud, der ydes til medlemmer, som i en overgangsperiode efter 1933 blev medlemmer efter det fyldte 40. år.

I det følgende gennemgås på grundlag af

udgiftstallene i 1957 disse økonomiske problemer. Det forudsættes herved, at der arbejdes med samme ordinære tilskudsregler som nu.

1. Ophævelse af det særlige statstilskud for medlemmer indmeldt efter det 40. år

Antallet af medlemmer, som i en overgangsperiode efter socialreformen er indmeldt i en alder mellem 40 og 60 år var ved udgangen af 1957 godt 56.000. Antallet er i de senere år faldet med 2-3.000 årligt, og vil i løbet af ret få år blive væsentligt formindsket. Ligesom for kronisk syge medlemmer med vedtegning får sygekasserne gennem det særlige statstilskud dækket deres gennemsnitlige merudgifter ved de omhandlede personer. Af tilskuddet bæres halvdelen af kommunerne gennem det mellemkommunale refusionsforbund. Det samlede tilskud fra stat og kommuner var 497.000 kr. i 1957.

En ophævelse af aldersbetingelserne for indmeldelse må medføre, at dette særlige tilskud bortfalder.

2. Ophævelse af det særlige tilskud for medlemmer med vedtegning om kronisk sygdom

Ved udgangen af 1957 var godt 44.000 medlemmer optaget med vedtegning om kronisk sygdom. Det særlige tilskud, der bæres af staten og kommunerne (gennem det mellemkommunale refusionsforbund) med hver halvdelen udgjorde i 1957 ialt ca. 1,6 mill. kr.

En ophævelse af helbreds-betingelserne for indmeldelse må medføre, at dette særlige tilskud bortfalder.

3. Optagelse af personer, som ikke hidtil har kunnet optages på grund af helbreds-betingelserne

Som nævnt foran, anslås det, at ca. 15.000 personer er udelukket fra optagelse i sygeforsikringen på grund af helbreds-betingelserne. Det nævnte tal er efter det oplyste et minimumstal, og i det følgende regnes

derfor med 20.000 personer. Disse personer er i henhold til forsorgsloven berettiget til at modtage hjælp til kur og pleje i trangstilfælde, d. v. s., når en undersøgelse viser, at der foreligger trang i forsorgsmæssig forstand. Særlig bestemmelsen i forsorgslovens § 248 tager sigte på denne persongruppe. Ophæves helbredsbetingelserne for optagelse, vil det blive sygekasserne, der afholder udgifterne til kur og pleje for disse personer i sygdomstilfælde (dog kun i samme omfang som det, hvori kasserne afholder disse udgifter til almindelige, nydende medlemmer, og udgiften til underhold og bl. a. særforborg på forskellige institutioner af denne persongruppe påvirkes derfor ikke). En egentlig beregning af, hvor meget sygekassernes udgifter vil stige ved, at de pågældende bliver berettiget til medlemsskab, kan ikke foretages, og det henstår usikkert, hvor stor en del af udgiften, der fremdeles vil blive afholdt af offentlige kasser, fordi der er tale om institutionsforborg. Anslås det, at den gennemsnitlige merudgift til lægehjælp, medicin, hospitalsophold m. v. til de medlemmer, der ville blive optaget i kasserne ved ophævelse af helbredsbetingelserne, er den dobbelte af merudgifterne ved de nuværende kronisk syge medlemmer, der er optaget med vedtegning, kan man anslå den samlede udgift, kasserne må afholde for disse medlemmer, til godt 4 mill. kr. Heraf dækker medlemskontingentet fra de samme (nytilkomne) medlemmer ca. 1,5 mill. kr., og statstilskuddet med 5 kr. pr. medlem og $\frac{1}{i}$ af de fleste af udgifterne vil forøge kassernes indtægt med godt 1 mill. kr., således at sygekassernes nettomerudgift anslås til ca. 1,5 mill. kr.

4. Merindtægt ved forhøjelse af kontingentet for bidragydende medlemmer

Under forudsætning af, at antallet af bidragydende medlemmer ikke ændres, vil forhøjelsen af kontingentet for bidragydende medlemmer fra 2,40 kr. til 24 kr. årligt give en merindtægt på ialt 5,5 mill. kr. for sygekasserne^{4a)}.

Da man som konsekvens af indførelsen af

det højere kontingent for bidragydende medlemmer må ophæve vedtægtsreglen om 25 % højere kontingent for medlemmer, som er gået over til nydende medlemsskab efter det 50. år, vil dette give et indtægtstab for sygekasserne. Der foreligger ikke materiale til belysning af dettes størrelse; formentlig er der dog ikke tale om noget særlig stort beløb.

F. MINDRETALSUDTALELSER

Et mindretal (Jørgen Krogh) finder det urimeligt at pålægge personer, som på anden måde har tegnet forsikring mod deres sygeudgifter, forpligtelse til ubetinget at udrede det foreslåede forhøjede kontingent for bidragydende medlemmer. Mindretallet mener derfor, at det bør overvejes, om man under visse nærmere angivne betingelser bør lade pligten til bidragydende medlemsskab bortfalde for personer, som har tegnet forsikring i private sygeforsikringsselskaber, som efter hele deres virksomhed kan sidestilles med fortsættelsessygekasserne.

Et andet mindretal (Erik Ninn-Hansen) er, som det fremgår af mindretalsudtalelsen i kapitel 6, afsnit ILD.⁵⁾, tilhænger af et frivilligt system, hvorefter enhver person over 14 år - uanset indtægtsforhold - har ret til at vælge, om han ønsker at være medlem af en sygekasse, være medlem af en privat sygeforsikring eller ikke være medlem noget steds. Mindretallet lægger afgørende vægt på, at en frivillig ordning under henvisning til de i kapitel 6 anførte grunde, herunder især udtalelsen fra Lægeforeningens repræsentanter, opretholdes. Når commissionen som helhed bygger på det frivillige systems opretholdelse, må mindretallet tage afstand fra flertallets forslag om gennemførelsen af en pligt til at være bidragydende medlem, således som det er skitseret ovenfor under C⁶⁾. En pligt til bidragydende medlems-

^{4a)} En samlet opgørelse af sygekassernes merudgifter og merindtægter ved de omhandlede forslag samt ved den i afsnit II omtalte ophævelse og varighedsbegrænsningen findes s. 77-78.

⁵⁾ Se side 65 f.

⁶⁾ Se side 70 f.

skab eksisterer ganske vist under den nuværende ordning, men forudsætningen herfor må anses for bortfaldet, efter at kommissionen har fastslået, at medlemskab af en sygekasse ikke længere skal være en betingelse for den senere udbetaling af folkepension.

Mindretallet finder flertallets forslag om en tidobling af de bidragydende medlemmers kontingenter urimelig, da dette forslag må virke som en tvangsudskrivning af bidrag til sygekasserne, som de pågældende ydere muligvis ikke ønsker at være medlemmer af, eller til hvis goder de ikke kan få adgang, når sygekassegrænsen efter flertallets forslag opretholdes. En sådan tvangsudskrivning er i fuldstændig modstrid med tanken om det frivillige system.

Hertil kommer, at flertallets forslag vil få den virkning, at den del af befolkningen,

der har valgt private, ikke-statskontrollerede sygeforsikringer, bliver udsat for at skulle yde et væsentligt ekstra sygeforsikringsbidrag uden at opnå nogen modydelse. Konsekvensen heraf vil blive en så væsentlig svækkelse af de private sygeforsikringsmuligheder for at bestå i konkurrencen med statsanerkendte sygeforsikringer, at de private sygeforsikrings eksistens bliver truet. Et sådant anslag mod de private sygeforsikringer stemmer ikke med en frivillig ordning af sygeforsikringen.

Mindretallet kan af ovennævnte grunde ikke medvirke til flertallets forslag om pligt til for bidragydende medlemmer at betale et årligt kontingent på 24 kr., men må anse det for naturligt, at kategorien bidragydende medlemmer bortfalder både efter flertallets forslag og efter det af mindretallet i kapitel 6, afsnit **ILD.**⁷⁾, skitserede forslag.

II. BEGRÆNSNINGEN I VARIGHEDEN AF SYGEFORSIKRINGENS YDELSER

A. GÆLDENDE REGLER

1. Sygekasserne

a) Ifølge folkeforsikringslovens § 21, stk. 1 (og den af direktoratet for sygekassevæsenet fulgte praksis om godkendelse af vedtægter) kan *dagpenge* kun oppebæres i 26 uger i løbet af 12 på hinanden følgende måneder. (Særregler for folke- og invalidepensionister: § 18, stk. 1, nr. 3).

Ifølge folkeforsikringslovens § 21, stk. 2, gælder der den grænse for *den samlede sygehjælp*, at et medlems ret til hjælp af sygekassen ophører, når han i løbet af 3 på hinanden følgende regnskabsår har nydt sygehjælp i ialt 60 uger.

For de frivillige ydelser kan specielle begrænsninger fastsættes af kasserne.

Der gælder ingen begrænsning i varigheden af hjælp til et nydende medlems *børn*

under 15 år, der er omfattet af hans forsikring.

Når retten til sygehjælp er ophørt efter de nævnte bestemmelser, overgår pågældende til at være bidragydendes medlem med *hvilende medlemsret*.

b) Når et medlems ret til hjælp fra sygekassen er ophørt - eventuelt for en enkelt art af hjælp — kan der af hans opholdskommune ydes »*fortsaf sygekassehjælp*« til kur og pleje eller til underhold i henhold til forsorgslovens §§ 241-246.

Af bestemmelserne om denne hjælp kan fremhæves følgende særlig karakteristiske enkeltheder (der altså ikke er en udtømmende gennemgang af reglerne):

Pågældende skal have bevaret *hvilende medlemsret* i en sygekasse efter folkeforsikringslovens § 21, stk. 2. Hans formue- og

⁷⁾ Se side 65 f.

indtægtsforhold må ikke ligge over den *for nydende medlemskab fastsatte grænse*. Til- lige må han være *i økonomisk trang*, d. v. s. at selve den omstændighed, at han er under sygekassegrænsen ikke er nok; på den anden side anlægges der ved trangbedømmelsen en noget mere lempelig bedømmelse end ved trangsbedømmelse efter forsorsloven i al- mindelighed.

For at oppebære hjælpen skal medlemmet lide af en *sygdom m. v.*, som efter sin karakter *ville have berettiget til hjælp fra syge- kassen*, hvis retten til hjælp herfra ikke var ophørt.

Det er en betingelse, at medlemmet ikke modtager eller samtidig med sygekassens hjælp har modtaget *kommunehjælp*. Dag- pengehjælpens ringe størrelse gør det i hyp- pigt forekommende tilfælde umuligt at op- fylde denne betingelse.

Omfanget af den hjælp, der kan ydes, be- stemmes normalt efter pengeværdien af syge- kassens *samlede* ydelser i de 60 uger. Det er således muligt, at der bliver spørgsmål om samme slags ydelser som dem, sygekassen gav, og i samme tidsrum, men det er også muligt at give en læge- eller sygehushjælp, der modsvarer en ydet dagpengehjælp eller omvendt, og det er evt. muligt at koncen- trere hjælpen til et kortere tidsrum.

Sagt i al almindelighed kan man herefter beskrive den fortsatte sygekassehjælp som en forlængelse af den ydede sygekassehjælp, typisk varende i højst samme periode og ydet med højst det samme beløb som sygekassens hjælp, men kun ydet til den dårligere stillede del - de trængende - af dem, der har op- brugt retten til sygekassehjælp.

c) Når *retten til fortsat sygekassehjælp er ophørt*, foreligger to muligheder:

(1) Medlemmet godtgør ved lægeattest, at han er *arbejdsfør*:

Ifølge folkeforsikringslovens § 21, stk. 3, generhverves nydende medlemsret i sygekas- sen (eventuelt med vedtegning).

(For dem, der ikke har opfyldt betingel- serne for at få fortsat sygekassehjælp, fore- ligger en tilsvarende mulighed for at gen-

erhverve nydende medlemsret, når der er forløbet 12 måneder efter sygekassehjælpens ophør).

(2) Medlemmet er ifølge lægeattesten *ikke arbejdsfør*:

Den normale udvej vil i dette tilfælde væ- re at søge invalidepension (eller kronisk sy- gehjælp efter forsorslovens § 247).

Går invalideforsikringsrettens kendelse ud på, at erhvervsevnen ikke er så meget nedsat, at pågældende kan få invalidepension, anses dette for dokumentation af, at medlemmet - trods den indhentede lægeattest — er arbejds- før, og han må herefter genoptages i syge- kassen som nydende medlem. Tilkendes in- validepension, skal opholdskommunen ifølge folkeforsikringslovens § 79 i *trangstilfælde* yde pensionisten fornøden lægehjælp, kur og pleje i sygdomstilfælde. (For ikke-invalide- forsikrede, der modtager kronisk sygehjælp efter forsorslovens § 247, indeholder denne bestemmelse en tilsvarende hjemmel).

2. Fortsættelsessygekasserne

Fortsættelsessygekassernes hjælp er be- grænset på en anden måde end sygekasser- nes. Medens begrænsningen i sygekasserne er tidsmæssig, er begrænsningen i fortsættelses- sygekasserne alene knyttet til selve hjælpens omfang, idet der er fastsat maksimumsbeløb, som den ydede hjælp i en vis periode ikke må overskride. Fortsættelsessygekasserne kan derfor inden for disse maksimumsbeløb yde hjælp selv i meget langvarige sygdomstilfæl- de. Ved beregningen af de omhandlede be- løb tages der ikke hensyn til dagpengeydelsen. På den anden side gælder der — ligesom inden for sygekasserne — nogle særlige be- grænsninger med hensyn til visse special- ydelser.

Disse almindelige grænser er så rumme- lige, at de i praksis er så at sige uden betyd- ning.

B. KOMMISSIONENS DRØFTELSE

Begrænsningen i varigheden af sygekas- sernes ydelser giver en uforholdsmæssig be- sværlig administration, idet det ofte er van-

skeligt at beregne, hvorvidt retten til hjælp er opbrugt. Særlig besværlig er administration og beregningen af den fortsatte sygekassehjælp i henhold til forsorgsloven. Endvidere er beregningen behæftet med unøjagtighed og forskellighed i virkning for forskellige kassers medlemmer, jfr. f. eks., at sygehjælpen kan opbruges i takst II-kasser på grund af benyttelse af lægehjælp, medens dette normalt ikke er tilfældet i takst I-kasser⁸⁾). Den betalingsform, en sygekasse anvender over for læger (og sygehuse), kan således give forskellige resultater. Hertil kommer, at det er irrationelt, at trængende medlemmer skal skifte mellem forskellige arter af hjælp, når der dog i princippet sikres dem samme art af hjælp, hvad enten det er fra sygekassen eller fra kommunen.

I det følgende omtales alene sygehjælpen, medens spørgsmålet om dagpengehjælps varighed omtales i kapitel 13.

Kommissionen mener, at sygeforsikringen bør sikre tilstrækkelig hjælp til alle dem, der har alvorlige og langvarige sygdomme, og at en tidsmæssigt ubegrænset hjælp således bør sikres alle, uanset trang.

En ophævelse af begrænsningen i ydelse-nes varighed vil iøvrigt harmonere med en ophævelse af helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse i forsikringen.

Også fortsættelsesygekassernes sygehjælp bør kunne ydes uden tidsbegrænsning. Som nævnt vil dette næppe give væsentlige virkninger.

C. DE ØKONOMISKE VIRKNINGER AF, AT VARIGHEDSBEGRÆNSNINGEN OPHÆVES

Kommunernes udgifter til fortsat syge-

kassehjælp i henhold til forsorgsloven udgør omkring 600.000 kr. årligt. Efter disse bestemmelser ydes en hjælp svarende til pengeværdien af sygekassernes samlede ydelser. Såfremt en hjælp af denne størrelse ikke er tilstrækkelig til at afhjælpe det foreliggende trangstilfælde, og der derfor må ydes supplerende kommunehjælp, vil pågældende være nødsaget til helt at overgå til understøttelse gennem kommunehjælp, jfr. den foran nævnte betingelse om, at sådan hjælp udelukker fra fortsat sygekassehjælp. Tilsvarende forekommer kommunehjælpsudgifter til dem, der allerede samtidig med sygekassehjælpen har oppebåret kommunehjælp og derved er afskåret fra at få fortsat sygekassehjælp, og der forekommer kommunehjælp til en del langvarigt syge, der ikke er nydende medlemmer af sygekasse, bl. a. på grund af kontingentrestance. Den nævnte udgift på 600.000 kr. årligt er således ikke det fulde beløb for det offentliges udgifter til sygehjælp m. m. til langvarigt syge i trangstilfælde.

I beløbet indgår på den anden side ud over sygehjælpen også dagpengehjælp som fortsat sygekassehjælp, hvilket spørgsmål som nævnt behandles i kapitel 13, medens der i nærværende afsnit kun omhandles sygehjælpsudgifterne.

Da andre oplysninger om hidtidige udgifter ikke foreligger, bør man formentlig benytte tallet 600.000 kr. som udgangspunkt for et skøn over stigningen i sygekassernes udgifter ved ophævelse af varighedsbegrænsningen. Såfremt udgiftsstigningen får denne størrelse, vil samtidig statstilskuddet til kasserne stige med $\frac{1}{4}$ heraf, d. v. s. ca. 150.000. kr.⁹⁾).

III. DET FREMTIDIGE OMRÅDE FOR OFFENTLIG HJÆLP I ANLEDNING AF SYGDOM

A. SYGEHJÆLP EFTER FORSORGSLOVEN M. M.

Når helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse i sygeforsikringen ophæves, og når

⁸⁾ Se side side 142 om disse systemer.

også begrænsningen i varigheden af sygekassernes ydelser ophæves, vil behovet for ydelse af offentlig hjælp i sygdomstilfælde i henhold til forsorgsloven blive betydeligt

⁹⁾ Se note ^{4a)} side 73.

indskrænket. Det forudsættes, at forsorgslovens almindelige bestemmelse om det offentliges pligt til at komme enhver til hjælp med kur og pleje i trangstiltfælde opretholdes, idet det bemærkes, at spørgsmålet om, hvorvidt der må knyttes retsvirkninger til sådan hjælp ligger uden for kommissionens opgave.

B. KONTINGENTHJÆLP

Af praktisk betydning bliver derimod problemerne for personer, der på grund af økonomiske forhold ikke har kunnet udrede kontingentet som nydende medlem af sygeforsikringen.

Spørgsmålene herom omhandles i kapitel 10, hvor der stilles forslag om, at de nuværende bestemmelser herom opretholdes.

IV. RESUMÉ

A. HELBREDS- OG ALDERS-BETINGELSERNE

Kommissionens flertal foreslår, at helbreds- og aldersbetingelserne for optagelse i sygeforsikringen ophæves. Pligten til bidragydende medlemsskab af sygekasse eller fortsættelsesygekasse foreslås fortsat opretholdt, men kontingentet for sådant medlemsskab foreslås forhøjet fra 2,40 kr. til 24 kr. årligt. Dette bidragydende medlemsskab udformes som et automatisk medlemsskab, og udmeldelse kan ikke finde sted, ligesom slettelse ikke kan ske på grund af kontingentrestance. Som følge heraf kan en definitiv fortabelse af adgangen til at blive nydende medlem ikke mere ske.

Aldersgrænsen for børns dækning gennem forsørgerens sygeforsikring foreslås forhøjet til 16 år. Endvidere foreslås det, at børnenes egne økonomiske forhold skal være afgørende for, om de som selvstændige medlemmer skal optages i sygekasse eller i fortsættelsesygekasse.

Et mindretal (Jørgen Krogh) ønsker overvejet en ordning, hvorefter medlemsskab af

en privat sygeforsikring efter omstændighederne skal fritage for pligt til bidragydende medlemsskab.

Et mindretal (Erik Ninn-Hansen) kan ikke medvirke til forslaget om pligt til et bidragydende kontingent på 24 kr. årligt.

B. VARIGHEDSBEGRÆNSNINGEN AF YDELSERNE

Kommissionen foreslår, at de hidtidige regler om begrænsning i varigheden af sygeforsikringens ydelser ophæves.

C. ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF KOMMISSIONENS FORSLAG

(I det følgende omtales alene sygekassernes forhold, da større problemer næppe foreligger for fortsættelsesygekasserne. Disses kontingent må dog eventuelt forhøjes noget.)

1. Sygekassernes udgifter

Sygekassernes udgifter anslås at ville stige således:

a) Helbreds-betingelsernes ophævelse ca.	4,2 mill. kr.
b) Varighedsbegrænsningens —	0,6
	laik ca. 4,8 mill. kr.
c) <i>Fragår:</i> Kontingent fra medlemmer, tilkommet ved helbreds-betingelsernes ophævelse.	1,5 mill. kr.
<i>Nettoudgiftsstigning</i> ca.	3,3

2. Offentlige tilskud

De offentlige tilskud anslås at ville ændres således:

a) Bortfald af særtilskud til personer optaget efter det 40. år (overgangsregel efter 1933)	÷	0,5	mill. kr.
b) Bortfald af særtilskud vedrørende kronisk syge medlemmer med vedtegning.....	÷	1,6	-
c) Ordinært statstilskud for medlemmer tilkommet efter helbreds- betingelsernes ophævelse.....	+	1,1	- -
d) $\frac{1}{4}$ af udgifterne på grund af varighedsbegrænsningens ophør....	+	0,2	- -
<i>Ialt</i>	÷	0,8	mill. kr.

3. Merindtægt ved bidragydende medlemsskab

Som nævnt foran i afsnit I. E. 4., anslås der en *merindtægt på 5,5 mill. kr.* ved forhøjelsen af kontingentet for bidragydende medlemmer.

4. Sammenfatning

Merudgifterne for sygekasserne anslås ifølge foranstående afsnit 1 og 2 til godt 4 mill. kr. Nettobesparelsen i de offentlige tilskud anslås til ca. 1 mill. kr., hvortil kommer, at overflytningen af udgifter fra forsorghjælp i trangstiltfælde til sygeforsikringshjælp aflaster kommunerne for den andel af disse udgifter, de hidtil har båret. Heroverfor står ifølge afsnit 3 en merind-

tægt for sygekasserne på ca. 5,5 mill. kr. ved forhøjelsen af det bidragydende medlemskontingent.

Beregningernes usikkerhed må fremhæves, men kommissionen har den opfattelse, at de foreliggende tal berettiger til den konklusion, at ophævelsen af helbreds- og aldersbetingelserne samt ophævelsen af varighedsbegrænsningen vil blive modsvaret af indtægtsforøgelsen for sygekasserne ved forhøjelse af de bidragydende medlemmers kontingent. Det fremhæves, at denne konsekvens i og for sig harmonerer med de betragtninger, der foran i afsnit I. B. er anlagt om dette medlemsskabs begrundelse, men at der ikke i sig selv er nogen sammenhæng iøvrigt.

V. EVENTUELLE SÆRREGLER FOR PERSONER UNDER INSTITUTIONSFORSORG M. M.

Kommissionens forslag om, at helbreds-betingelserne for optagelse ophæves, vil medføre, at sygeforsikringen kan optage alle de persongrupper, der nu er udelukket fra medlemsskab på grund af, at de ikke er arbejdsføre, herunder f. eks. åndssvage. Forslaget vil således imødekomme det ønske, der over for kommissionen er fremsat i den som bilag 2¹⁰⁾ aftrykte henvendelse fra Landsforeningen for Evnesvages Vel, hvori der omtales et behov for, at åndssvage bliver berettigede til medlemsskab af sygeforsikringen.

¹⁰⁾ Se side 241.

Der vil i disse tilfælde ofte være tale om institutionsforsorg i form af varig anstaltsanbringelse eller på anden måde, og der vil ofte herved være sikret fornøden sygehjælp til de pågældende. Om denne sygehjælp bør træde i stedet for sygeforsikringens sygehjælp, og om der derfor under institutionsopholdet eventuelt skal indtræde et hvilende medlemsskab, der end ikke medfører pligt til at betale kontingent som bidragydende medlem, vil afhænge af den nærmere ordning af institutionsforsorgen og anbringelsesmåden for de forskellige persongrupper. Ophævelse

af varighedsbegrænsningerne vil også i givet fald skulle modificeres i tilfælde af anstaltsanbringelse.

Hele dette forhold kan næppe udtømmende reguleres i lovgivningen, idet som foran

nævnt forholdene vil kunne være meget forskellige i de enkelte tilfælde. Det vil derfor kunne anbefales, at lovgivningen henskyder dette anliggende til nærmere regulering ved administrative bestemmelser.

KAPITEL

Sygekassegrænsen

I. HISTORISK REDEGØRELSE

Ifølge den første lov (1892) om anerkendte sygekasser kunne kun »ubemidlede arbejdere, husmænd, håndværkere og næringsdrivende, lavt lønnede bestillingsmænd og andre med de nævnte i økonomisk henseende ligestillede mænd og kvinder« være medlemmer af anerkendte sygekasser.

Ifølge folkeforsikringsloven kan nu som nydende medlemmer af en sygekasse kun optages »ubemidlede personer af arbejderklassen og de med dem i økonomisk henseende ligestillede mænd og kvinder, såsom mindre landbrugere, håndværkere og andre næringsdrivende, tjenestemænd og lignende«.

Bestemmelsen er således i sin form stort set uændret, for så vidt som der stadig er tale om *ubemidlede* personer, men som det fremgår af udviklingen nedenfor, er der senere indføjet bestemmelser om, hvad der skal forstås ved ubemidlethed, således at der i praksis ses helt bort fra den i loven givne opregning af erhverv, idet alene en talmæssigt fastsat indtægts- og formuegrænse er afgørende.

Oprindeligt var der ikke fastsat en sådan

I København: 1.800 kr.

I provinsbyer: 1.200 — 1.400 kr. (afhængig af byens størrelse).

I landdistrikter: 800—1.000 kr. (bl.a. afhængig af distriktets afstand fra en by).

Der blev ikke i vejledningen skelnet mellem gifte eller ugifte, men der kunne gives et børnetillæg på 100 kr. for hvert hjemme-

bestemt indtægts- og formuegrænse, men loven overlod til administrationen at fastsætte de nærmere regler om, hvorledes indtægtsgrænsen skulle fastsættes for de forskellige kategorier af personer. Denne praksis var i en skrivelse af februar 1900 fra sygekasseinspektøren til indenrigsministeriet udtrykt således, at man har anset det som givet, at enhver faglært eller ikke-faglært håndarbejder havde adgang til at blive medlem af en anerkendt sygekasse, når vedkommende ikke havde anden indtægtskilde end sit og familiens arbejde i en arbejdsgivers tjeneste. Med dette som det faste udgangspunkt satte man endvidere de nævnte personers årsindtægt som norm ved optagelsen af personer uden for arbejderklassen. Arbejderklassens maksimale årsindtægt de forskellige steder blev således brugt som indtægtsgrænse for personer uden for arbejderklassen, når det skulle afgøres, om de kunne optages i sygekasse.

Som vejledende grænse opstillede sygekasseinspektøren herefter følgende beløb:

værende barn under 15 år. Endvidere blev der fastsat en formuegrænse på 5.000 kr.

Efterhånden skete der en forskydning op-

ad i lønniveauet, og det blev derfor nødvendigt at regulere de vejledende beløb, der ikke var ændret siden 1900. Ifølge den nye sygekasselov af 1915 skulle der hvert 5. år udstedes en bekendtgørelse til vejledning med hensyn til de indtægts- og formueforhold og andre omstændigheder, herunder børnetal, som normalt skulle betinge en persons optagelse eller forbliven i sygekasse. Det udtryktes således for første gang direkte i loven, at der skulle fastlægges en egentlig indtægtsgrænse, og at denne skulle reguleres. Den første bekendtgørelse herom blev udsendt senere på året i 1915; den er karakteristisk ved, at den fortsat behandlede medlemmer af arbejderklassen anderledes end andre. For arbejdere fastsattes ikke en bestemt indtægtsgrænse, men det blev fastslået, at der til ubemidlede personer af arbejderklassen - med ret til optagelse i sygekasse - henregnedes arbejdere, der 1) ikke havde anden indtægt end den, de - eventuelt i forbindelse med kone og børn - tjente ved arbejde for andre, som 2) ikke var i besiddelse af formue, der oversteg den for andre grupper af personer fastsatte formuegrænse, og som 3) ikke gennem længere tid havde oppebåret en større indtægt end den normale størsteind-

tægt for arbejdere inden for vedkommende fag, hvorved de var blevet hævet til et højere økonomisk plan end det store flertal af arbejdere. I den udsendte bekendtgørelse hed det herefter, at spørgsmålet om, hvorvidt en person kunne betragtes som hørende til arbejderklassen i den her omhandlede betydning, måtte afgøres efter et skøn over samtlige foreliggende omstændigheder.

For andre grupper af personer skulle derimod afgørelsen træffes alene efter en bestemt indtægtsgrænse, fastsat under hensyntagen til arbejderklassens normale størsteindtægt.

Samtidig blev det bestemt, at den indtægt, der skulle lægges til grund ved afgørelsen af spørgsmålet om en persons ret til medlemskab i sygekasse, skulle være den ansatte skatteindkomst, hvilket var ensbetydende med en reel forhøjelse af indtægtsgrænsen med et beløb svarende til de i det foregående år betalte skatter.

Til sammenligning med den nuværende ordning kan endvidere bemærkes, at indtægtsgrænsen i henhold til 1915-loven ikke blev fastlagt til et enkelt beløb, men som et indtægtsinterval for hver kommunegruppe. Der blev regnet med 4 kommunegrupper, og grænserne blev fastlagt til følgende beløb:

a) København, Frederiksberg samt Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Taarnby kommuner...	1.800-2.000 kr.
b) Andre byer og bymæssige bebyggelser med over 2.000 indbyggere	1.600 - 1.800 kr.
c) Byer og bymæssige bebyggelser med fra 1.000 - 2.000 indbyggere	1.400 - 1.600 kr.
d) Den øvrige del af landet	1.200 - 1.400 kr.

I bekendtgørelsen bemærkedes hertil, at man ved at nævne 2 talgrænser for indtægten havde »haft til hensigt at lette det bedømmende udvalg at tage hensyn til, at forholdene inden for den enkelte klasse kan stille sig forskelligt og særligt mellem 1) de bymæssige bebyggelser på landet og byerne i samme klasse, 2) de rene landdistrikter og de bymæssige bebyggelser med under 1.000 indbyggere, samt - i al almindelighed - mellem 3) ugifte og gifte personer«.

Da formuegrænsen var fastsat til 7.000 kr. for enlig stillede personer og 10.000 kr. for familieforsørgere, gjaldt der således på dette tidspunkt som almindelig regel forskellige økonomiske betingelser for forsørgere

og ugifte såvel med hensyn til indtægt som med hensyn til formue.

Ved den næste 5-års bekendtgørelse i 1920 blev grænsen forhøjet væsentligt i overensstemmelse med den under krigen stedfundne forhøjelse af arbejdslønningerne og samtidig begrænsedes den kreds af arbejdere, som kunne optages i sygekasse, idet det nu blev stillet som betingelse, at pågældende ikke måtte have haft en gennemsnitsindtægt, der oversteg den normale størsteindtægt for faglærte arbejdere i middelgodtlønnede fag, medens det som foran nævnt efter 1915-loven i hvert enkelt tilfælde var den normale størsteindtægt inden for de enkelte fag, der var afgørende. Endelig indførtes en bestem-

melse om, at såvel indtægtsgrænsen som børnetillæg og formuegrænsen fremtidig skulle reguleres halvårsvis, en regulering, der dog ikke skulle foretages efter lønniveauet, men skulle foretages i overensstemmelse med detailpristallets udvikling. I de følgende 2 år gik medlemstallet i sygekasserne tilbage som følge af, at indtægterne for de relevante persongrupper steg samtidig med, at prisniveauet, hvis højde var afgørende for indtægtsgrænsen, faldt.

Fra 1922 skete der en yderligere forhøjelse af indtægtsgrænsen som følge af ændringerne i statsskatteloven, hvorefter fremtidig også udgiften til forskellige forsikringer og til pensionering inden for et beløb af 400 kr. årligt kunne fradrages i den ansatte indtægt. Dette var ensbetydende med en tilsvarende forhøjelse af indtægtsgrænsen og dermed udvidelse af medlemskredsen. Fra 1922 til 1925 steg medlemstallet yderligere som følge af stigende priser og faldende indtægter for arbejderne.

Frem til 1927 skete der atter en nedgang i personkredsen, idet prisniveauet i denne periode faldt stærkere end indtægterne.

Ved lov af 14. juli 1927 ændredes reglerne således, at indtægtsgrænsen fremtidig direkte skulle gælde for alle kategorier af personer - også arbejdere.

Ved 1927-loven blev indtægtsgrænsen samtidig nedsat. Herefter var den 500-800 kr. under gennemsnitsindtægten for faglærte arbejdere med fuld beskæftigelse. Da dette imidlertid nogenlunde svarede til udgifterne til skatter og forsikringer m. v. for de pågældende kategorier af arbejdere, havde reglen om direkte indtægtsgrænse også for arbejderne kun ringe betydning for disse, men da indtægtsgrænsen som nævnt foran allerede var relativt lav i forhold til indtægtsniveauet, medførte ændringerne i 1927-loven dog en nedgang i medlemstallet.

I 1930 blev det ved en ændring af sygekasseloven bestemt, at indtægtsgrænsen fremtidig til enhver tid skulle svare til faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse, beregnet på grundlag af de af det statistiske departement offentliggjorte oplysninger om den gennemsnitlige timefortjeneste for faglærte arbejdere. Grænsen blev herefter reguleret 4 gange om året i overensstemmelse med hver kvartalsopgørelse af den gennemsnitlige timeløn. 1930-lovens bestemmelser om, hvorledes grænsen skulle fastsættes, er bevaret uændret til i dag, bortset fra, at det ved folkeforsikringsloven i 1933 blev bestemt, at grænsen kun skal reguleres én gang årligt.

Denne beregningsmetode medførte i 1930 en forhøjelse af grænsen med gennemgående 700-800 kr. Metoden medførte samtidig rent faktisk, at der ikke længere blev fastsat et indtægtsinterval, men kun et enkelt beløb for hver kommunegruppe. Resultatet heraf blev bl. a., at indtægtsgrænsen blev den samme for enligt stillede personer og familieforsørgere, jfr. nærmere herom i afsnit VI.A. ¹⁾. Der fastsattes derimod stadig en lavere formuegrænse for enligt stillede end for forsørgere.

Ved socialreformens gennemførelse i 1933 blev 1930-lovens principper opretholdt, og de er, som allerede nævnt, fortsat gældende. Kommunerne blev dog efter 1933 kun inddelt i 3 grupper, idet der fremtidigt kom til at gælde samme indtægtsgrænse for samtlige købstæder. I tiden herefter er de 3 gruppers størrelse imidlertid undergået en del ændringer som følge af ulige befolkningstilvækst og forandringer i reglerne om, under hvilken gruppe de enkelte byer eller områder henhører.

1) Se side 100.

IL NUVÆRENDE GRÆNSE OG DENS BETYDNING FOR RETTEN TIL MEDLEMSSKAB I SYGEKASSERNE

A. LOVREGLER OM GRÆSENS FASTSÆTTELSE

Ifølge folkeforsikringslovens § 6, stk. 2, skal hvert 3. år udsendes en bekendtgørelse med vejledning om de indtægts- og formueforhold samt øvrige omstændigheder, der som regel betinger en persons optagelse eller forbliven i sygekassen. Som nævnt foran i forbindelse med 1930-loven skal bekendtgørelsens almindelige indtægtsgrænse svare til faglærte arbejders årsindtægt ved fuld beskæftigelse og skal fastsættes og en gang årligt reguleres på grundlag af det statistiske departements senest meddelte oplysninger om faglærte arbejders gennemsnitlige timefortjeneste.

Indtægtsgrænsen fastsættes altså på grundlag af en bruttoindkomst.

Bekendtgørelsen, om hvis affattelse sygekassenævnet gør indstilling, udarbejdes af socialministeren efter forhandling med et udvalg på 16 medlemmer, der vælges af folketinget.

B. DEN NUGÆLDENDE GRÆNSE

Grænsen er senest fastsat efter forhandling med folketingsudvalget i forbindelse med fastlæggelsen af grænsen pr. 1. oktober 1957, og indtægtsgrænsen er pr. 1. oktober 1958 reguleret til følgende beløb:

I hovedstaden . . .	15.200 kr.
I provinsbyerne . . .	13.900 kr.
I det øvrige land..	12.700 kr.

I alle 3 kommunegrupper forhøjes grænsen med 1.075 kr. for hvert hjemmeværende barn under 15 år.

I undtagelsestilfælde er der dog en vis mulighed for at tilsidesætte grænsebeløbene, når særlige omstændigheder taler herfor, såsom sygdom, gæld, alderdom, store forsørgerbyrder eller andet, som i væsentlig grad forringer pågældendes økonomiske stilling.

Formuegrænsen er 52.000 kr. for forsørgere og 38.000 kr. for enlige. I visse tilfælde kan der dog dispenseres fra formuegrænsen, jfr. herom nærmere i afsnit VI.C.²⁾.

C. HVOR STOR BRUTTOINDKOMST SVARER TIL SYGEKASSEGRÆNSEN

Ved afgørelsen af, om en bestemt person er berettiget til at være nydende medlem i en sygekasse, ses der på hans skattepligtige indkomst. Denne regel har som nævnt foran været gældende siden 1915.

Dette betyder i praksis, at man kan komme op på en bruttoindkomst, der er væsentlig højre end den foran nævnte indtægtsgrænse, før medlemsretten bortfalder.

I den følgende tabel 7 er der foretaget en beregning af de bruttoindkomster, der gennemsnitligt svarer til sygekassegrænsen for ikke-forsørgere og for forsørgere med 0-3 børn i de 3 kommunegrupper. Udgangspunktet for beregningerne er sygekassegrænsen pr. 1. oktober 1958. Der er ikke regnet med hustrufradrag, og fradrag ud over fradrag for skatter er med udgangspunkt i en undersøgelse foretaget af det statistiske departement for året 1956/57 sat til 1.250 kr. for forsørgere og 600 kr. for ikke-forsørgere - disse fradrag gælder for arbejdere i håndværk og industri.

Tabel 7. Beregnet bruttoindkomst svarende til skattepligtig indkomst = sygekasse grænsen pr. 1. oktober 1958.

	Hovedstaden kr.	Provinsbyer kr.	Landkommuner kr.
Ikke-forsørgere	20.900	19.400	16.800
Forsørgere uden børn	21.300	19.700	17.200
Forsørgere med 1 barn	22.700	21.000	18.500
» » 2 børn	24.100	22.400	19.800
» » 3 børn	25.300	23.900	21.200

²⁾ Se side 104 f.

Denne forskel mellem skattepligtig indkomst og bruttoindkomst er blevet udvidet i årenes løb, først og fremmest som følge af stigning i indkomstniveau og beskatning, men også som følge af ændringer i skatte-lovgivningens regler om lønmodtagerfradrag og de ændrede fradrag for forsikringer o.s.v. Omvendt virker indførelse af hustrufradrag og ændring af børnefradrag inden for skatte-lovgivningen, idet disse fradrag ikke påvirker beregningen af den skattepligtige indtægt, men af skattemyndighederne foretages *efter* opgørelsen af den skattepligtige indkomst for at nå frem til den såkaldte »skala-indkomst«, som alene bruges som basis for skatteberegningen; den deraf følgende lavere skat giver et mindre skattefradrag, d. v. s. en højere skattepligtig indtægt.

I det følgende er der foretaget beregninger over, hvor stor forskel, der var mellem bruttoindkomst og skattepligtig indkomst i 1933 i sammenligning med den nuværende forskel.

D. UDVIKLINGEN I FORSKELLEN MELLEM BRUTTOINDKOMST OG SKATTEPLIGTIG INDKOMST FRA 1933 TIL 1958

Indtægtsgrænsen var pr. 1. oktober 1933 4.100 kr. med tillæg af 300 kr. for hvert hjemmeværende barn (i hovedstaden).

I den nedenstående tabel 8 er vist den pro-

centvise forskel mellem skattepligtig indkomst af samme størrelse som sygekassegrænsen + eventuelle børnetillæg og den dertil svarende samlede indkomst uden noget fradrag, for forsørgere uden børn og med 2 børn i København i 1933 og 1958.

I 1933 kunne forsikringsfradraget højst udgøre 400 kr. Der foretoges ikke et lønmodtagerfradrag af den nugældende art, men der var ret til at fradrage dokumenterede udgifter til at »erhverve, sikre og vedligeholde indkomsten«. Man er gået ud fra, at arbejderne i almindelighed kun har udnyttet fradraget for forsikringer med 200 kr., og »lønmodtagerfradraget« er skønsmæssigt anslået til 200 kr. Iøvrigt er skatten beregnet efter de for skatteåret 1933/34 gældende regler, og der er ikke regnet med fradrag for hustrus indkomst. For 1958 er anvendt de foran i tabel 7 beregnede beløb.

Som tabellen viser, udgør den skattepligtige indkomst en væsentlig mindre del af bruttoindkomsten i 1958, end tilfældet var i 1933. Tabellen viser iøvrigt, at den skattepligtige indkomst udgør en lidt større del af bruttoindkomsten for forsørgere med børn end for forsørgere uden børn både i 1933 og i 1958. Dette skyldes som nævnt under C, at den lavere skat, der er resultat af skatte-lovgivningens børnefradrag, også giver et mindre skattefradrag og dermed højere skattepligtig indkomst.

Tabel 8. Skattepligtig indkomst og bruttoindkomst, forsørgere i København 1933 og 1958.

	Forsørgere uden børn		Forsørgere med 2 børn	
	1933 kr.	1958 kr.	1933 kr.	1958 kr.
Skattepligtig indkomst = sygekassegrænse	4.100	15.200	4.700	17.350
Samlet indkomst, svarende hertil ca.	4.800	21.300	5.350	24.100
Skattepligtig indkomst i pct. af samlet indkomst	85 pct.	71 pct.	88 pct.	72 pct.

E. HVOR MANGE OPFYLDER DE ØKONOMISKE BETINGELSER FOR NYDENDE MEDLEMSSKAB I SYGEKASSERNE

Med udgangspunkt i en af det statistiske departement foretaget opgørelse af skatte-ydernes fordeling efter den ansatte indkomsts

og formues størrelse i skatteåret 1956/57 er i det følgende foretaget en opgørelse af de nuværende indtægts- og formuegrænsers betydning for retten til nydende medlemskab i sygekasserne.

Indledningsvis bemærkes, at der opstår visse usikkerhedsmomenter, når skattestati-

stikkens materiale anvendes i forbindelse med sygeforsikringen. Specielt gælder dette, når det tilgrundliggende materiale, som det her er tilfældet, hidrører fra tiden før den fra skatteåret 1958/59 gældende ændring af begrebet »ikke-forsørger« inden for skatte-lovgivningen, idet der indtil da var adskil-lige enligstillede personer, der i skattemæs-sig henseende blev betragtet som forsørgere, medens de i sygeforsikringsmæssig henseen-de betragtedes som enlige. Imidlertid er stør-steparten af de enligt stillede personer enten ganske unge eller gamle, hvoraf mange har opgivet deres erhverv, hvorfor dette forhold næppe kan forrykke opgørelsens resultat af-gørende.

I opgørelsen af skatteyderne fordelt efter indkomst og formue har det ikke været prak-tisk muligt samtidig at fordele efter børnetal. Da indtægtsgrænsen imidlertid ændres efter børnetal, er antallet af forsørgere med ind-komst under grænsen i det følgende skøns-mæssigt forhøjet på grundlag af erfaringer fra en opgørelse af skatteydernes fordeling efter indkomst og børnetal i 1955/56 (der er det seneste år, for hvilket en sådan opgørelse foreligger).

Endelig skal det bemærkes, at ikke alle un-ge i alderen 15-18 år er selvstændigt skatte-ansatte, men at de i sygeforsikringen kun er dækket af forældrenes forsikring indtil det 15. år. Dette forhold er der taget hensyn til ved beregningen af, hvor stor en del af be-folkningen, der er medlemsberettiget.

Opgørelsen omfatter skatteåret 1956/57, d. v. s. indkomst i kalenderåret 1955. Syge-kassegrænsen var pr. 1. oktober 1955:

for indkomsten	12.700 kr. i hovedstaden
	11.700 kr. i provinsbyerne
	10.700 kr. i landkommunerne
børnetillæg	900 kr.
for formuen	44.000 kr. for forsørgere
	31.000 kr. for enlige

I den følgende tabel 9 er herefter for de 3 kommune-grupper vist den procentvise andel af forsørgerne og ikke-forsørgerne, der udelukkes fra nydende medlemskab i syge-kasserne, herunder hvor stor en del, der ude-lukkes: 1. alene på grund af indtægtsgræn-sen, d. v. s. formuen overstiger ikke formue-grænsen, 2. alene på grund af formuegræn-sen, d. v. s. indkomsten overstiger ikke ind-tægtsgrænsen, og 3. både på grund af ind-tægts- og formuegrænsen.

Tabel 9. Procentvis antal skatteydere med indkomst o g/eller formue over sygekasse-grænsen, 1955.

	Hovedstaden		Provinsbyer		Landkommuner		Hele landet	
	Fors.	Ikke-f.	Fors.	Ikke-f.	Fors.	Ikke-f.	Fors.	Ikke-f.
	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.
1. Udelukkes alene på grund af indkomst	18,7	1,3	12,5	0,8	13,5	0,9	14,5	0,9
2. Udelukkes alene på grund af formue	2,7	3,2	2,8	2,7		4,3	3,6	3,6
3. Udelukkes på grund af indk. & formue	5,5	1,1	4,2	0,5	5,8	0,7	5,2	0,8
4. Ialt udelukkes	26,9	5,6	19,5	4,0	23,8	5,9	23,3	5,3

Som tabellen viser, skulle godt 23 pct. af forsørgerne og godt 5 pct. af ikke-forsørger-ne være udelukket fra nydende medlemskab i sygekasserne på grund af deres indtægts-og/eller formueforhold.

Når disse tal skal anvendes i forbindelse med sygeforsikringen, må der - ud over an-tallet i de 2 grupper — tages hensyn til, at det for størsteparten af forsørgerne gælder, at deres økonomiske stilling tillige er afgørende for ægtefællens sygeforsikringsforhold, og i

de tilfælde, hvor forsørgeren har ikke-selv-stændigt skatteansatte børn i alderen 15—18 år, tillige for disses sygeforsikring.

Da opgørelsen, som allerede nævnt, er foretaget på grundlag af indkomstansættelser fra før ændringen af forsørgerbegrebet, er der dog mellem forsørgerne skatteansatte, der også i henseende til sygeforsikringen kun dækker en enkelt person, nemlig forhen gifte (med egen husstand).

Når hensyn tages til disse forhold, svarer

tabellens tal til, at ca. 82 pct. af den voksne befolkning efter deres indtægts- og formueforhold skulle være medlemsberettigede i sygekasserne. Af de 18 pct., der herefter skulle være udelukket, udelukkes de 11 pct. alene af indtægtsgrænsen, og tager man den andel med, der samtidig har for høj formue, bliver antallet omkring 15 pct., således at formuegrænsen alene udelukker omkring 3 pct. Når man tager i betragtning den usikkerhed, der knytter sig til opgørelser af denne art, synes man således ikke at kunne slutte, at der er sket nogen afgørende forskydning i befolkningens indkomstniveau i forhold til sygekassegrænsen i den sidste halve snes år, jfr. herved at det i »Social Sikring i Sygdomstilfælde« er anslået, at omkring 84 pct. af befolkningen efter deres indtægts- og formueforhold i 1945 skulle være berettiget til medlemskab.

I denne forbindelse kan det iøvrigt tilføjes, at der kan fremkomme mindre variationer fra år til år, fordi sygekassegrænsen fastsættes med en vis efterslæbning i forhold til lønnen. Når grænsen fastsættes i slutningen af året, sker det på grundlag af lønoplysninger fra 1. kvartal, og en lønstigning gennem året vil derfor først have virkning på grænsen det følgende år. Hvis en opgørelse derfor f. eks. foretages med udgangspunkt i et år, hvor der har været særligt kraftige lønstigninger pr. 1. april, vil resultatet være påvirket af denne efterslæbning, idet den medlemsberettigede andel vil blive forholdsvis lav.

Af tabel 9 fremgår iøvrigt følgende:

- a) der udelukkes flest i hovedstaden og færrest i provinsbyerne,
- b) der udelukkes betydeligt flere forsørgere end ikke-forsørgere,
- c) udelukkelse af forsørgere sker navnlig på grund af indkomsten, medens udelukkelse af ikke-forsørgere navnlig sker på grund af formuen.

ad a).

Da de udelukkedes andel som anført er forskellig, ville det være nærliggende på

grundlag af tabellens tal at slutte, at navnlig indtægtsgrænsen var forholdsvis høj i provinsen, medens den modsat i hovedstaden var forholdsvis lav. Dette ville dog kun være rigtigt, såfremt befolkningen indkomstmæssigt var ligeligt fordelt i de forskellige kommunegrupper. Af selve det forhold, at relativt mange af de store indkomster falder inden for hovedstadsområdet, følger imidlertid, at også relativt mange her udelukkes fra sygekasserne. Iøvrigt er der en tendens til, at gamle, inaktive flytter til provinsbyerne (»pensionistbyer«), hvilket kan være medvirkende til, at en større del af provinsbyernes beboere kan være medlemmer.

ad b).

Ser man på tallenes størrelse for henholdsvis forsørgere og ikke-forsørgere, er det umiddelbart iøjnefaldende, at så langt flere ikke-forsørgere end forsørgere kan være medlem af sygekasserne. Det må imidlertid bemærkes, at man kun måtte vente samme procentdel, såfremt de 2 grupper var ensartet sammensat med hensyn til alder og køn og øvrige forhold, der er medbestemmende for indkomstens størrelse.

Hovedårsagen til den ret store forskel er imidlertid formentlig netop, at de 2 grupper består af helt forskellige dele af befolkningen. Medens størsteparten af forsørgerne er folk i den aktive alder med fuld erhvervsindkomst, er størsteparten af ikke-forsørgerne ugifte unge, hvoraf mange er under uddannelse, samt en mindre gruppe gamle (efter den hidtidige definition: tidligere gifte uden egen husstand) og endelig en gruppe ugifte med fuld erhvervsindkomst.

ad c).

Medens de 2 ovennævnte forhold vel svarer til, hvad man på forhånd ville vente, kan det forekomme mindre indlysende, at væsentligt flere ikke-forsørgere udelukkes på grund af for høj formue end på grund af for høj indkomst. For at tydeliggøre udelukkelsesårsagerne for de forskellige grupper, er der

i den følgende tabel 10 foretaget en opstilling, der viser udelukkelsesårsagerne procentvis fordelt inden for de enkelte grupper, når

det samlede antal udelukkede inden for gruppen er lig 100.

Tabel 10. Procentvis fordeling af årsager til udelukkelse fra sygekasserne, 1935.

	Hovedstaden		Provinsbyer		Landkommuner		Hele landet	
	Fors. %	Ikke-f. /o	Fors. 7o	Ikke-f. %o	Fors. %	Ikke-f. o	Fors. o	Ikke-f. %o
1. Udelukkes alene på grund af indkomst	70	23	64	20	57	15	62	17
2. Udelukkes alene på grund af formue	10	57	14	68	19	73	16	68
3. Udelukkes på grund af indk. & formue	20	20	22	12	24	12	22	15
4. Ialt udelukkes.	100	100	100	100	100	100	100	100

Hvad angår *forsørgere* viser tabellen, at indtægtsgrænsen er eneste udelukkelsesårsag for knap 2/3 af samtlige, der ikke opfylder de økonomiske betingelser for nydende medlemskab. Tager man den andel med, der samtidig har for høj formue, kommer man op på 84 pct., således at kun 16 pct. udelukkes alene på grund af deres formueforhold.

Betragter man udelukkelsesårsagerne i de forskellige kommunegrupper, viser tabellen, at formuegrænsen spiller forholdsvis størst rolle i landkommunerne og mindst i hovedstaden, men at det i alle 3 kommunegrupper er indtægtsgrænsen, der har den største betydning for forsørgerne.

For *ikke-forsørgerne* er det derimod formuegrænsen, der langt hyppigst er årsagen til udelukkelse. På forhånd måtte man vente, at den ville have forholdsvis større betydning for ikke-forsørgerne end for forsørgerne, fordi formuegrænsen er lavere for de førstnævnte, medens indtægtsgrænsen er den samme for de to grupper, men deraf følger ikke automatisk, at den er den hyppigste udelukkelsesårsag inden for gruppen ikke-forsørgere. Når dette imidlertid, som tabellen viser, er tilfældet, hænger det antagelig sammen med den særlige sammensætning, gruppen har, bl. a. mange unge og et mindre antal tidligere gifte (oftest ældre) uden egen husstand. Det samlede antal ikke-forsørgere, der udelukkes alene på grund af formuegrænsen, andrager ca. 30.000, og man kan formentlig gå ud fra, at ikke ret mange unge har så stor en formue, hvorfor det hovedsa-

gelig må være ældre uden egen husstand, der udelukkes af formuegrænsen. Netop de ældre uden egen husstand vil i et stort antal tilfælde være uden erhvervsindtægt, medens de i ikke helt få tilfælde kan have en formue, opsparet i den aktive alder, eventuelt i form af en forsikring, der udbetales ved en vis alder.

En sammenligning af udelukkelsesårsagerne i de 3 kommunegrupper viser, at formuegrænsen har forholdsvis størst betydning i landkommunerne og mindst i hovedstaden, selv om det for alle kommunegrupper gælder, at den er hyppigere udelukkelsesårsag end indtægtsgrænsen for ikke-forsørgere.

F. DET FAKTISKE ANTAL NYDENDE MEDLEMMER I FORHOLD TIL ANTALLET AF BERETTIGEDE

Som anført foran kan man regne med, at omkring 82 pct. af den voksne befolkning efter deres indkomst- og formueforhold er berettigede til at være nydende medlemmer i sygekasserne. Langt den største part af disse har faktisk udnyttet denne adgang. Antallet af ubemidlede nydende medlemmer udgjorde således ved udgangen af 1957 ca. 2.533.000, hvilket svarer til ca. 76,5 pct. af befolkningen over 15 år. Siden socialreformen har denne andel kun varieret ganske lidt, idet den i alle år har udgjort mellem 75 pct. og 77 pct., bortset fra nogle år under krigen, hvor den lå lidt højere, således i 1943 78,9 pct.

III. ANVENDELSEN AF INDTÆGTSGRÆNSEN PÅ ANDRE OMRÅDER AF LOVGIVNINGEN END SYGEFORSIKRINGEN

I forbindelse med sygekassegrænsen må det nævnes, at der hidtil har været en tilbøjelighed til at anvende denne grænse, når der inden for andre lovgivningsområder har skullet fastsættes en grænse for retten til et eller andet gode. Det kan hertil føjes, at det i den almindelige diskussion om indtægtsgrænsen ofte har været det bratte bortfald af disse andre — og sygeforsikringen helt uvedkommende — rettigheder, der har været genstand for omtale, bl. a. fordi bortfaldet af disse rettigheder har kunnet få langt større økonomisk betydning for den enkelte end den økonomiske betydning af overgang fra medlemsskab i sygekasse til medlemsskab i fortsættelsesygekasse. Dette gælder i udtalt grad for dem, der på bortfaldstidspunktet er raske, fordi disse personer sygeforsikringsmæssigt alene mærker kontingentudgiften, og den er stort set den samme i syge- og fortsættelsesygekasser.

I det følgende er givet en kort oversigt, der viser, hvor sygekassegrænsen for tiden anvendes på andre områder.

1) Ifølge lov nr. 362 af 4. juli 1946 om *malkehjælp* § 1, er kvinder, der opfylder de økonomiske betingelser for optagelse eller forbliven i en statsanerkendt sygekasse, berettiget til efter forløbet af 3. svangerskabsmåned at få V2 liter sødmælk og i 6 måneder efter fødslen at få 1 liter sødmælk daglig.

2) Inden for forsorgslovens område kan nævnes, at det i medfør af § 248, stk. 2, er en betingelse for ydelse af *hjælp til kronisk syge*, der ikke er sygeforsikrede, at pågældendes formue eller indtægt ikke ligger over sygekassegrænsen. Denne regel svarer til, at den tilsvarende bestemmelse i § 247 om samme hjælp til sygeforsikrede kun angår nydende medlemmer af sygekasserne. Den væsentligste praktiske virkning af de to bestemmelser begrænsning er, at personer, der er over

sygekassegrænsen, og som ikke er invalideforsikrede, i modsætning til de forsikrede er afskåret fra at få den trediedel af invalidepensionens grundbeløb, der ellers er minimum for pensionen til invalider. Hjælpen til kur og pleje er derimod i begge bestemmelser begrænset til trangstilfælde.

3) Det kan endvidere nævnes, at det er en betingelse for at få hjælp efter forsorgslovens kapitel 21 (om *forbigående og uforudseelige trangstilfælde*), at man ikke har en indtægt, der overstiger sygekassegrænsen. Denne bestemmelse kræver dog tillige, at der foreligger trang.

4) Ifølge forsorgslovens §§ 126-127 er det offentlige tilskud til institutioner for *forebyggende børneforsorg* dobbelt så stort, når det ydes til en institution, der udelukkende eller dog væsentligt modtager børn af mindrebemidlede forældre, som når det ydes til andre institutioner. Betalingen for børnene må derfor i de sidstnævnte sættes ca. dobbelt så højt som i de førstnævnte, idet denne betaling skal dække ca. ²/₃ af disse institutioners udgift imod ca. ¹/₃ i de andre institutioner. Ifølge § 126, stk. 4, og socialministeriets bekendtgørelse af 28. februar 1952 skal for begge grupper institutioner den betaling, der kræves for børn af bemidlede forældre, være mindst 50 pct. højere end den betaling, der kræves for børn af mindrebemidlede. I samme bekendtgørelse udtales, at der ved bemidlede forældre forstås forældre, der ikke er og heller ikke opfylder de økonomiske betingelser for at være medlem af en anerkendt sygekasse.

5) Endelig kan det nævnes, at der på visse områder i praksis er en tendens til at lægge vægt på sygekassegrænsen. Eksempelvis kan nævnes praksis med hensyn til bevilling af *fri proces* og med hensyn til adgangen til at

få kongelig bevilling udstedt uden gebyr. Endelig må nævnes, at sygekassegrænsen også anvendes i helt private ordninger, f.eks. gøres retten til visse legater betinget af, at pågældendes indtægt ikke overstiger denne grænse.

Som det fremgår af det foranstående, er de områder, hvor sygekassegrænsen anvendes uden for sygeforsikringen, dog nu af mindre økonomisk betydning for den enkelte borger.

Dette var imidlertid langt fra tilfældet tidligere. Således kan det nævnes, at krisetidens forskellige rabatordninger anvendte sygekassegrænsen, hvilket gav anledning til irritation over grænsen hos de personer, der blev udelukket fra ordningerne.

Det område uden for sygeforsikringen, hvor sygekassegrænsen tidligere har haft størst betydning, er de hidtil gældende regler om byggeri med offentlig støtte, herunder betingelserne for opnåelse af huslejetilskud. Da der i efteråret 1958 blev fremsat forslag til lov om boligbyggeri, og forslaget på et enkelt af dets punkter indeholdt en bestemmelse om, at en person skulle anses

for mindrebemidlet i lovforslagets forstand, når han opfyldte de økonomiske betingelser for at være nydende medlem af en statsanerkendt sygekasse, rettede kommissionen derfor henvendelse til socialministeren med anmodning om, at boligministeren blev gjort bekendt med, at der i kommissionen var stærk modstand mod anvendelsen af sygekassegrænsen på områder, der er sygeforsikringen uvedkommende.

I den af folketinget vedtagne lov om boligbyggeri af 27. december 1958 er der herefter fastsat selvstændige og fra sygekassegrænsen afvigende indtægtsgrænser for, hvornår en person skal anses for mindrebemidlet og mindstbemidlet, samt en særlig grænse i forbindelse med huslejetilskud. De i loven fastsatte beløb skal pristalsreguleres, og forbindelsen til sygekassegrænsen er derfor helt ophævet for det kommende boligbyggeris vedkommende.

Det er sygeforsikringskommissionens opfattelse, at indtægts- og formue grænser uden for sygeforsikringens område fremtidig bør fastsættes på et selvstændigt grundlag uden henvisning til sygekasse grænsen.

IV. DE NUVÆRENDE SYGEFORSIKRINGSMÆSSIGE KONSEKVENSER AF AT DER FINDES EN SYGEKASSEGRÆNSE

Af hensyn til spørgsmålene om sygekassegrænsens eventuelle ophævelse nævnes i det følgende visse hovedpunkter af det i andre kapitler oplyste om sygeforsikringens indhold for nærmere at belyse forskellen på de ubemidlede og de bemidlede forsikring.

A. SYGEFORSIKRINGEN FOR UBEMIDLEDE

Denne forsikring er ordnet gennem de anerkendte sygekasser.

Ifølge folkeforsikringsloven skal sygekas-

serne i sygdomstilfælde som nærmere omtalt foran i kapitel 3 yde deres medlemmer fri lægehjælp, fri sygehusbehandling, dagpengehjælp samt $\frac{3}{4}$ af udgiften til den medicin, der af socialministeriet er opført på forskellige fortegnelser over »livsvigtig medicin« og »særlig betydningsfuld medicin«. I barseltilfælde skal ydes fri jordemoderhjælp, fri lægehjælp, når det er nødvendigt, samt dagpengehjælp. Yderligere skal kasserne yde deres medlemmer begravelseshjælp. I deres vedtægt kan sygekasserne træffe bestemmelse om forskellige andre i loven angivne ydel-

ser af hjælp til medlemmerne. Det er forskelligt for de forskellige kasser, i hvor stort omfang lovens bestemmelser herom udnyttes. Særligt kan fremhæves følgende ydelser, der i et vist omfang ydes som følge af denne bestemmelse: Speciallægehjælp, tandlægehjælp, hjælp til ophold på rekonvalescenthjem og $\frac{3}{i}$ af udgiften til visse arter af medicin, som ikke omfattes af den førnævnte regel om pligtig medicinydelse, («dispensationsmedicin»).

Sygekassemedlemmer har ifølge folkeforsikringsloven ret til af deres kommune at få fribefordring såvel til læge som til nærmeste sygehus (dog ikke i København), og de betaler ikke for befordring af læge eller jordemoder (men denne betales af kommunen, undtagen i købstæder og i København).

Sygekassernes forsikring finansieres således, at størstedelen af udgifterne til kassernes ydelser og til deres administration dækkes ved bidrag fra medlemmerne. Inden for hver enkelt kasse er disse medlemsbidrag lige store for hvert medlem. Hertil kommer et tilskud fra staten på 5 kr. årligt pr. medlem og på $\frac{1}{i}$ af de fleste af de nævnte udgifter til kassens ydelser. Hele udgiften til livsvigtig medicin dækkes dog af staten, og omvendt modtager kasserne intet tilskud til deres udgifter til særlig betydningsfuld medicin og dispensationsmedicin.

Endvidere indeholder loven tilskudsbestemmelser, som medvirker til, at sygekasserne får fuld dækning af deres gennemsnitlige merudgifter til medlemmer, som er optaget med vedtegning om kroniske sygdomme, og fuld refusion af udgifterne til den særlige dagpengehjælp i barseltilfælde, hvor moderen ikke må arbejde som følge af arbejderbeskyttelseslovgivningen. Til begravelseshjælpen, der ydes gennem en fælles udligningskasse, ydes ikke tilskud.

For hele landet under ét udgjorde sygekassernes gennemsnitlige udgift pr. medlem i 1957 122,85 kr., og medlemsbidraget var gennemsnitlig 80,95 kr. Stats- og kommune-tilskuddet udgjorde 31,25 kr., andre indtægter 9,22 kr. Løvrigt må bemærkes, at medlemsbidraget varierer efter størrelsen af den

sikrede dagpengehjælp. Forskellen på det bidrag, der gives, når dagpengene udgør 0, og det bidrag, der gives, når dagpengene udgør 6 kr., er således i København ca. 54 kr. årligt.

Til det beløb, der af det offentlige ydes som kontant tilskud, kommer ifølge folkeforsikringsloven den særlige fordel for sygekassemedlemmerne, at sygehustaksten for disse udgør halvdelen af den sædvanlige selvbetalertakst. Størrelsen af den således ydede særlige støtte svarer formentlig nogenlunde til sygekassernes samlede udgift pr. medlem til sygehusbehandling, hvilken udgift i 1957 var 14,54 kr.

En anden økonomisk fordel for sygekassemedlemmerne sammenlignet med andre befolkningsgrupper er den, at der ydes en lavere betaling til lægerne fra kasserne end den betaling, lægerne afkræver andre patienter for den samme lægehjælp. Om betalingen for den fri lægehjælp er der truffet overenskomster mellem sygekasserne og lægesammenslutningerne. Størrelsen af den økonomiske fordel, der ligger i disse overenskomster, kan ifølge sagens natur ikke beregnes.

Om lægeoverenskomsterne kan fremhæves, at de indeholder bestemmelser om den form, hvori den fri lægehjælp ydes, jfr. i kapitel 11³⁾ om de to almindelige systemer »takst I-systemet« og »takst II-systemet«. Efter takst I-systemet modtager lægen et fast årligt beløb pr. tilmeldt patient, hvortil kommer ekstra betaling i en række tilfælde, der betales pr. ydelse. Efter takst II-systemet, betaler sygekassen al lægehjælp pr. ydelse. I takst I-kasser skal medlemmerne være tilmeldt en bestemt læge, til hvem de skal henvende sig i sygdomstilfælde. Lægeskifte kan efter dette system normalt ske årligt til en bestemt dato, men der findes dog bestemmelser, der sikrer såvel patient som læge ret til i ekstraordinære tilfælde at ophæve tilknytningen også uden for dette tidspunkt. I takst II-kasser kan medlemmerne derimod i reglen ved hver konsultation eller hvert lægebesøg i et vist omfang vælge, hvilken læge de ønsker at henvende sig til.

3) Se side 142.

B. SYGEFORSIKRINGEN FOR BEMIDLEDE

Denne forsikring er ordnet gennem fortsættelsesygekasserne (eller af de afdelinger for bemidlede medlemmer, der findes ved enkelte sygekasser).

Om fortsættelsesygekassernes ydelser indeholder folkeforsikringsloven kun den bestemmelse, at kassens virksomhed alene må omfatte ydelse af sygehjælp og begravelseshjælp, og at den for så vidt angår ydelse af sygehjælp skal være grundet på medlemmernes gensidige ansvar. Begravelseshjælpen er pligtig, men herudover beror omfanget af kassernes ydelser alene på deres egen vedtægt.

Der er ingen mulighed for fribefordring til fortsættelsesygekassernes medlemmer eller for de læger og jordemødre, som betjener disse medlemmer.

Der er heller ingen bestemmelser om offentligt tilskud til kasserne eller om en særlig lempelse af den sygehustakst, som anvendes over for deres medlemmer. Sygehustaksten indeholder dog et betydeligt offentligt tilskud, fordi selvbetaletaksten er væsentligt lavere end den faktiske udgift, og dette er et væsentligt led i hele den danske ordning.

Der er heller ikke truffet overenskomst mellem kasserne og lægeorganisationerne om størrelsen af den betaling, lægerne afkræver kassernes medlemmer.

Om de ydelser, der faktisk gives til fortsættelsesygekassernes medlemmer, kan særlig fremhæves, at lægehjælpen godtgøres efter et refusionssystem, således at patienten selv skal betale lægeregningen, men modtager en refusion, hvis størrelse normalt er mindre end det af lægen afkrævede beløb.

Sygehusbetalingen er i reglen fri for medlemmerne i tilsvarende grad som for sygekassemedlemmerne, idet kasserne betaler det beløb, det koster at blive indlagt på fællestue på distriktets sygehus.

Af væsentlige ydelser, for hvilke dækningen er mindre for fortsættelsesygekassernes medlemmer end for sygekassernes medlemmer, kan særligt fremhæves medicin og tand-

lægehjælp, hvortil hjælp kun ydes af nogle få kasser. For den livsvigtige medicin får dog medlemmerne - ligesom alle andre, der ikke er nydende sygekassemedlemmer - den fordel, at prisen nedsættes til $\frac{1}{4}$ ved hjælp af tilskud fra apotekerfonden.

Som nævnt foran modtager fortsættelsesygekasserne intet offentligt tilskud. Den gennemsnitlige udgift pr. medlem udgjorde i 1957 for hele landet under ét 78,46 kr. Det gennemsnitlige medlemsbidrag udgjorde 81,59 kr., og andre indtægter udgjorde 3,57 kr. pr. medlem. Ved bedømmelsen af tallene må det huskes, at denne personkreds må afholde flere sygebehandlingsudgifter end sygekassemedlemmer uden dækning eller uden fuld dækning fra deres forsikring, jfr. foran.

C. SAMMENFATNING

1. Forskel på ydelserne

Lægehjælpen ydes efter to vidt forskellige principper i sygekasserne og i fortsættelsesygekasserne.

Sygekassernes medlemmer har ret til fri lægehjælp, men til gengæld ydes denne i en forholdsvis bunden form. - Fortsættelsesygekassernes medlemmer har ret til en vis refusion af deres udgifter til lægehonorarer (en refusion som normalt udgør ca. 80 pct. af den betaling, der opkræves af alment praktiserende læger). Omvendt gælder der principielt ingen begrænsning i disse kassers medlemmers adgang til at vælge, af hvilken læge de ønsker lægehjælp, og lægehjælpen modtages derfor i en mindre bunden form end i sygekasserne. Det kan fremhæves, at refusionsbeløbene giver procentvis langt mindre dækning for speciallægehjælp end for hjælp ved alment praktiserende læger, og at forsikringen derfor er mindst dækkende for de medlemmer, der har behov for eller ønsker at benytte særlig dyr lægehjælp.

De andre ydelser fra sygekasser og fortsættelsesygekasser er - i det omfang de gives - *principielt set* lige dækkende i forhold til begge systemers medlemmer, idet man begge steder i de vigtigste tilfælde får hjælpen frit,

og f. eks. (hvilket navnlig må fremhæves) betales sygehusophold på fællesstuer fuldt ud. Dagpengeordningen virker stort set ens, dog at barselhviledagpenge med fuld statsrefusion ikke betales til fortsættelsessygekassemedlemmer.

Det må altså særligt fremhæves, at forskellen på de to systemer er af principiel karakter med hensyn til lægehjælp: Det ene sted fri lægehjælp, det andet sted en - efter lægehjælpens art - større eller mindre selvrisiko, og til gengæld det ene sted mindre frit valg i den konkrete situation end det andet sted. De andre forskelligheder mellem systemerne er af mere faktisk art og skyldes forskellige årsager.

2. Forskel med hensyn til byrdefordelingen

Fortsættelsessygekassernes medlemmer får ingen økonomisk fordel svarende til det tilskud, staten (og kommunerne) yder til sygekasserne. Foran er nævnt, at dette tilskud i 1957 gennemsnitlig var godt 31 kr. pr. medlem.

Fortsættelsessygekassernes medlemmer får heller ikke nogen økonomisk fordel svarende til den særlige nedsættelse, det offentlige giver i sygehustaksterne for sygekassemedlemmer. Foran er nævnt, at denne særlige fordel i 1957 var gennemsnitlig knap 15 kr. pr. medlem.

Endelig betaler fortsættelsessygekassemedlemmerne som nævnt mere for lægehjælpen.

Det kan iøvrigt nævnes, at det gennem-

snitlige kontingent pr. medlem er nogenlunde lige stort i begge systemer.

3. Konklusioner af foranstående

Spørgsmålet om sygekassegrænsens ophævelse indeholder for så vidt angår *andre ydelser end lægehjælpen* (herunder også for så vidt angår dagpenge) især spørgsmålet om, hvorvidt de bemidledes system bør udvides, således at disse personer får en forsikringsmæssig dækning for de samme ydelser som i sygekasserne, og hvorvidt der også bør ydes tilskud til disse personer.

For *lægehjælpen* indgår derimod i problemet yderligere en række andre principielle spørgsmål især om formen for denne hjælp. (For så vidt angår såvel lægehjælpen som en række andre ydelser, også det forhold, at sygekasserne har afsluttet overenskomster med de respektive organisationer).

I det følgende omtales derfor særlig de med lægehjælpen m. v. forbundne problemer. Med hensyn til dagpenge henvises derimod til kapitel 13, hvoraf det fremgår, at spørgsmålene herom kan løses uafhængigt af sygekassegrænsespørgsmålet iøvrigt og således, at en dagpengeordning for lønarbejdere kan omfatte alle uanset, om sygekassegrænsen bevares. Med hensyn til andre ydelser henvises til kapitel 11, hvoraf fremgår, at også spørgsmålet om forsikringssystemernes dækningsgrad kan løses uafhængigt af sygekassegrænsespørgsmålet. Det samme gælder fribefordringen, jfr. herom kapitel 12. Endelig er nogle finansieringsproblemer omtalt i kapitel 10.

V. KOMMISSIONENS DRØFTELSE OM EVENTUEL OPHÆVELSE AF SYGEKASSEGRÆNSEN

Det er foran omtalt under I og II, hvilke persongrupper der i tiden siden den første sygekasselov (1892) har opfyldt betingelserne for at være ubemidlede, nydende medlemmer af sygekasserne. Det er herunder også i enkeltheder omtalt, hvordan den nuværende sygekassegrænse er fastsat, hvilken brutto-

indtægt den svarer til, og hvor stor en del af befolkningen der er ubemidlet i denne forstand.

Tillige er under III omtalt en række andre områder end sygeforsikringen, inden for hvilke der anvendes samme indtægtsgrænse m. m. som sygekassegrænsen.

I korte træk er endelig under IV omtalt indholdet af og forskellen på de to eksisterende sygeforsikringssystemer: Sygekasserne for de ubemidlede og fortsættelsesygekasserne for de bemidlede.

I de senere års debat om sygeforsikringen har et af hovedpunkterne været, hvorvidt sygekassegrænsen og dermed den hidtidige deling af forsikringen i to systemer burde ophæves. Det bemærkes herved, at der ikke altid i denne debat er taget stilling til den nærmere udformning af en sådan ophævelse af sygekassegrænsen. Under alle omstændigheder måtte ophævelsen dog i en eller anden form medføre, at også de bemidlede ville få adgang til samme system som de ubemidlede.

Kommissionen har på baggrund af denne debat indgående drøftet, om man burde ophæve sygekassegrænsen.

A. ARGUMENTER FOR AT OPHÆVE SYGEKASSEGRÆNSEN

Som begrundelse for ophævelse af sygekassegrænsen er nævnt, at det er urimeligt, at de bemidlede forsikring dækker væsentligt mindre af udgifterne til sygebehandling end sygekasserne, og at det er urimeligt, at denne forsikring ikke ligesom sygekasserne får offentlig støtte m. m.

Der er herved peget på, at den faktiske situation for mange mennesker er, at de på et eller andet tidspunkt overføres fra det ene system til det andet, og at forskellen på forsikringsformerne derfor er iøjnefaldende for dem, også på grund af de af grænsen afledede virkninger, jfr. afsnit III⁴). Overførelsen sker eventuelt som følge af en ret lille forandring i de pågældendes økonomiske forhold, hvilket er en følge af, at der er tale om en enkelt, fast grænse, men netop dette sidste gør forandringen særlig påfaldende for de overflyttede og kan give dem en fornemmelse af urimelighed.

Følelsen af urimelighed i forbindelse med den manglende offentlige støtte til de bemidlede sygeforsikring forstærkes af, at det

kun er ret få, hvis indtægt eller formue overstiger grænsen, medens der er mange under grænsen, som dog er så godt stillede, at de vanskeligt akcepteres som ubemidlede i almindelig forstand.

Over for sygeforsikringens deling i to systemer er der peget på, at udviklingen på andre sundhedsområder har medført, at stadig flere ydelser gratis stilles til rådighed for alle (f. eks. helbredsundersøgelser af gravide, sundhedsplejerskeordninger, lægeundersøgelser af småbørn, skolelægeordninger, vaccinationer m. m.), og at ydelser, der vel forudsætter en betaling, men af hvis udgifter det offentlige bærer en del, ligeledes i stadig flere tilfælde stilles til rådighed for alle på samme lempelige vilkår (jfr. her navnlig, at der kun betales en relativt lille takst for sygehusophold).

I kritikken af sygekassegrænsen indgår tillige en kritik af, at en sådan grænse gør det nødvendigt at have forskellige kontrolforanstaltninger, og at dette medfører en betydelig administration.

Det er også kritiseret, at sygekassegrænsen har været anvendt på andre lovgivningsområder end sygeforsikringen, og at dette har forstærket de uheldige virkninger, der opstår for den enkelte, når indkomst eller formue passerer et bestemt beløb.

Yderligere kan tilføjes, at den offentlige debat om sygekasserne og sygekassegrænsen ofte har forbundet drøftelserne om den sidste med spørgsmålet om sygekassernes administrationsomkostninger og herunder særlig, at sygekassernes kontingent opkræves særskilt i modsætning til f. eks. en finansiering gennem skatterne, og det er påpeget, at denne sidste finansiering eventuelt ville være mulig, hvis sygeforsikringsordningen omfattede alle. Spørgsmålene herom behandles andetsteds i nærværende betænkning, jfr. navnlig kapitel 9⁵) om de organisatoriske forhold og kapitel 10⁶) om sygeforsikringens finansiering. I nærværende kapitel tages derimod alene stilling til de spørgsmål, som knytter sig direkte til sygekassegrænsen.

⁵) Se side 111 ff.

⁶) Se side 132 ff.

4) Se side 88 f.

I debatten har ofte været henvist til forskellige udenlandske forhold, jfr. herom nærmere i foranstående kapitel 4 særlig vedrørende Sverige, Norge og England. På dette sted kan fremhæves, at den engelske ordning giver direkte fri lægehjælp - ligesom den danske sygekasseordning - til hele befolkningen, og at såvel den svenske som den norske ordning ligeledes giver hele befolkningen ensartede vilkår, men disse sidste ordninger sikrer ikke fri lægehjælp, idet de helt (i Sverige) eller i væsentlig grad (i Norge) er baserede på et refusionssystem for alle, uanset deres økonomiske forhold, og der foreligger ikke overenskomster mellem lægerne og sygeforsikringen, som sikrer, at lægehjælp ydes til fastsatte takster.

B. ARGUMENTER FOR OPRETHOLDELSE AF EN SYGEKASSEGRÆNSE

Som begrundelse for at bevare det nuværende system er anført en række forhold, der står i forbindelse med de foran i afsnit IV omtalte nuværende lægeordninger m. v. inden for sygekasserne og fortsættelsesygekasserne⁷). Som nævnt i dette afsnit er der i det førstnævnte system bl. a. sikret fri lægehjælp til medlemmerne i henhold til overenskomster mellem sygekasser og læger, og medlemmerne må til gengæld benytte en relativt bunden lægeordning, medens kasserne opnår lægehjælpen til en lavere betaling end den ellers almindelige. Det er tillige omtalt, at fortsættelsesygekasserne arbejder med et refusionssystem, og at disses medlemmer i forbindelse hermed har en ubunden lægeordning.

De anerkendte sygekassers repræsentanter i kommissionen ønsker en sygekassegrænse bevaret. Dette begrundes navnlig med, at der gennem statstilskud og overenskomsterne mellem sygekasserne og lægerne er sikret disses medlemmer adgang til fri lægehjælp imod betaling af et forholdsvis beskedent kontingent, og sygekasserne ønsker at bevare den økonomiske fordel, der herved er sikret

⁷) Se side 89 ff.

deres medlemmer. Fra sygekassernes side er herved peget på, at man ikke kan gå ind for indførelse af et refusionssystem, idet dette ville betyde, at den fri lægehjælp ophørte, således at der ville blive pålagt medlemmerne en økonomisk byrde, og der ville komme et økonomisk mellemværende ind i forholdet mellem patient og læge, et mellemværende, som hverken patienterne eller lægerne kan være tjent med, fordi det kan medføre, at lægebehandling i en del tilfælde undlades af økonomiske grunde, eller udsættes så længe, at behandlingen vanskeliggøres. Sygekasserne har alt i alt fremhævet, at en forbedring af de bemidledes forsikring ikke bør gennemføres på bekostning af de ubemidledes.

Fortsættelsesygekassernes repræsentant i kommissionen ønsker ligeledes, at sygekassegrænsen bevares, og at der fortsat opereres med to former for en offentlig sygeforsikring, henholdsvis for ubemidlede og bemidlede. Dette standpunkt begrundes med, at den fri lægehjælp bør bevares for de ubemidlede, og at det ville være et betydeligt tilbageskridt, hvis disse for fremtiden skulle henvises til et refusionssystem, og endvidere med, at fortsættelsesygekassernes medlemmer er tilfredse med den ordning, de har, og at de ikke ønsker at gå over til den frie (gratis), men i formen mere bundne lægehjælp, som benyttes i sygekasserne. Forsættelsesygekasserne ønsker dog, at der for fremtiden indgås overenskomster mellem lægerne og disse kasser om størrelsen af de honorarer, der kan afkræves kassernes medlemmer, og det er fremhævet, at en sådan overenskomst ville gøre det lettere for fortsættelsesygekasserne at forbedre refusionen af medlemmernes lægeudgifter, en forbedring, der særlig indeholder problemer over for speciallægehjælpen.

Repræsentanterne for Lægeforeningen har i kommissionen gjort gældende, at en ophævelse af sygekassegrænsen for deres vedkommende måtte medføre, at deres honorarer fra sygekasserne måtte forhøjes i det omfang, det var påkrævet for at give lægerne kompensation for det indtægtstab, de ville

få, ved at det hidtidige privatbetalende klientel helt eller delvis søgte medlemsskab i sygekasserne, jfr. foran om de lavere honorarer, disse kasser nu betaler i forhold til de ellers almindelige lægehonorarer. Såfremt ophævelsen af sygekassegrænsen gennemførtes på en sådan måde, at væsentlige dele af de bemidlede persongrupper søgte optagelse i sygekasserne, måtte det forventes, at man på linie med forholdet i Sverige og forskellige andre lande måtte gå over til et refusionssystem for alle sygeforsikrede, således at disse måtte betale lægerne for hver konsultation m. v. og alene kunne få refunderet en større eller mindre del af deres udgifter fra sygeforsikringen.

Endvidere har lægerne peget på, at en yderligere udvidelse af medlemskredsen i de anerkendte sygekasser med adgang til fri lægehjælp også for de nye medlemmer vil gøre lægestanden endnu mere afhængig af sygekasserne, end tilfældet er for øjeblikket og i realiteten gøre lægerne til ansatte under sygekasserne. Dette sidste gælder efter lægernes opfattelse i særlig grad, hvis den frie lægehjælp gennem en tvungen eller automatisk ordning udvides til at omfatte hele befolkningen, således som tilfældet er i England, idet den praktiserende læge i så tilfælde efter lægernes opfattelse vil komme til at stå i en slags tjenesteforhold til sygekasserne eller det offentlige organ, være sig staten eller kommunerne, der står som bærer af sygeforsikringen, jfr. iøvrigt herom også de foran i kapitel 6 (om spørgsmålet om frivillig eller tvungen ordning af forsikringen) udførligt omtalte synspunkter vedrørende lægestandens almindelige stilling over for sygeforsikringssystemet, såfremt dette er et alment system⁸⁾).

Lægernes principielle standpunkt er herefter, at en sygekassegrænse bør bevares, såfremt man ønsker den nuværende lægeordnings principper med hensyn til lægehjælp for de ubemidlede opretholdt. Med hensyn til et hertil føjet forslag om en nedsættelse af sygekassegrænsen henvises til afsnit VI⁹⁾).

Under drøftelserne i kommissionen er fremdraget forskellige synspunkter, der imødegår de foran under A nævnte argumenter for at ophæve sygekassegrænsen.

Det er fremhævet, at man også under opretholdelse af en sygekassegrænse og dermed to forskellige forsikringssystemer, hvor der kun til det ene ydes offentligt tilskud og kun i dette opnås lægehjælp mod en lavere betaling, kan sikre, at medlemmerne i begge systemer får tilstrækkeligt dækkende ydelser omend til en vis grad (især med lægehjælpen) i forskellig form, jfr. herom de forslag, der stilles nedenfor i kapitel 11 om sygeforsikringens ydelser samt i kapitel 9¹⁰⁾ om forsikringens organisation. En sådan ændring ville bevirke, at sygekassegrænsen ikke længere ville være en skillelinie med hensyn til det, man kan sikre sig gennem forsikringen, men alene en skillelinie med hensyn til størrelsen af det beløb, den enkelte skal betale for sin forsikring.

Spørgsmålet om offentlig støtte m. m. til de bemidlede forsikring behøver ikke at medføre strukturændringer, men er et almindeligt politisk spørgsmål om, hvilke befolkningsgrupper man bør give andel i offentlige tilskud.

Fornemmelsen af, at det er urimeligt, at nogle få ved en bestemt fast grænse overføres fra et system til et andet, vil dels blive modvirket af en udbygning af de bemidlede forsikring og dels formindskes i takt med, at man på andre lovgivningsområder måtte ophøre med at bruge samme indtægts- og formuegrænse som inden for sygeforsikringen som betingelse for forskellige fordele. Der er herved peget på, at man allerede inden for bolig- og huslejelovgivningen efter henvendelse fra sygeforsikringskommissionen er gået helt bort fra at anvende sygekassegrænsen som afgørende for, hvem der har ret til fordele efter denne lovgivningⁿ⁾).

Henvisningen til, at f. eks. profylaktiske helbredsundersøgelser m. m. stilles til rådighed for hele befolkningen uanset økonomiske forhold behøver ikke nødvendig-

⁸⁾ Se side 62 ff.

⁹⁾ Se side 99 f.

¹⁰⁾ Se side 122 ff.

H) Se side 89.

vis at medføre, at man ud fra samme betragtninger skulle lade sygebehandlingen få samme form for hele befolkningen, idet man kan fremhæve, at det netop for de profylaktiske foranstaltninger er af stor betydning, at alle kommer med, medens den egoistiske tilskyndelse for den enkelte til at ofre noget her for at undgå en eventuel senere forringelse af sundhedstilstanden, selvsagt ikke er så stærk, at det samfundsmæssigt er tilstrækkeligt til at påregne, at han skulle være villig til selv at betale noget herfor. Profylaksen fremmes derfor bedst netop ved en finansiering, der er uafhængig af, om den enkelte, som får fordel, selv skal tage initiativet til at afholde en udgift. Herved er samtidig peget på, at der aldrig har været hjemmel til at lade sygekasserne overtage de moderne profylaktiske foranstaltninger. Da foranstaltningerne derfor skulle finansieres og administreres direkte af det offentlige, fulgte naturligt, at foranstaltningerne også burde omfatte den del af befolkningen, der står uden for sygekasserne.

Til kritikken af den nødvendige administrationsudgift til kontrol med, at grænserne overholdes, kan her anføres, at udgifterne ikke er af nogen afgørende størrelsesorden, jfr. iøvrigt nærmere i kapitel 9¹²⁾ om de organisatoriske forhold, og det er fremhævet, at udgiften til disse foranstaltninger naturligt begrundes med, at man ikke yder offentlige tilskud til personer over en vis indkomst, og at man derfor ikke kan bygge nogen selvstændig kritik på denne administrationsudgift.

C. UDFORMNING AF EN ORDNING UDEN SYGEKASSEGRÆNSE

En ophævelse af sygekassegrænsen kunne i praksis foretages ved forskellige udformninger af det herefter gældende sygeforsikringssystem.

Da kommissionen imidlertid, som det fremgår af kapitel 5, under de nuværende forhold har taget afstand fra en offentligt administreret ordning, bortses der i det følgende) Se side 127 ff.

gende fra en udformning i den retning, og det forudsættes, at sygekasserne også under en ordning uden en sygekassegrænse bevares som administrerende organer.

Kommissionen er endvidere, som det fremgår af kapitel 6, gået ind for at bevare en frivillig sygeforsikring, og der bortses derfor også fra muligheden for en tvungen ordning.

En ophævelse af sygekassegrænsen ville herefter betyde, at såvel ubemidlede som bemidlede *frit* kunne vælge, om de ønskede medlemskab i *sygekasserne* eller ikke.

Fortsættelsessygekassernes status måtte formentlig ændres under sådanne forhold. Efter den nuværende ordning indgår disse kasser som et led i den *offentlige* sygeforsikring, idet de er statsanerkendte forsikringsorganer for de personer, der er over sygekassegrænsen. Hvis sygekassegrænsen ophæves, således at alle kan tilslutte sig de almindelige anerkendte sygekasser, ville begrundelsen for at opretholde andre end disse i den offentlige sygeforsikring bortfalde. Der måtte i så fald tages stilling til forskellige problemer med hensyn til fortsættelsessygekasserne. På dette sted bortses dog fra sådanne problemer som vil være af organisatorisk art, og det forudsættes blot, at der stadig kan være nogle, som foretrækker en anden forsikring end sygekassernes.

I kommissionen har sygekassernes og fortsættelsessygekassernes repræsentanter fremhævet, at en ordning som således skitseret ville medføre, at personer med stor sygelighed uanset deres økonomiske forhold, vil foretrække sygekasserne som følge af den frie (gratis) lægehjælp, medens personer med lille sygelighed, måske vil foretrække fortsættelsessygekassernes system som følge af dette systems ubundethed med hensyn til lægevalg og lægehjælpens friere form m. m. Det har specielt været fremhævet, at befolkningen måske ville foretrække det friere system i de unge år og ville overgå til sygekasserne, når alder og skrøbelighed meldte sig. Da sygekasserne er forsikringsorganer, ville denne større belastning med »dyrere medlemmer« få økonomiske konsekvenser for kasserne. På den anden side er dog nævnt

forskellige faktorer, der ville bremse indmeldelser til sygekasserne, herunder navnlig, at de nuværende medlemmer af fortsættelses-sygekasserne har vænnet sig til den friere form, og at de derfor ikke ønsker at give afkald på denne ubundethed, selv om de skal yde en noget højere betaling herfor end for hjælp ydet gennem sygekasserne.

Der kan henvises til det foran under B nævnte, at lægerne som konsekvens af en sådan ordning ville kræve en højere betaling af sygekasserne. Dette krav om højere betaling ville formentlig blive forstærket gennem en eventuel forskydning i retning af, at sygekassernes medlemmer i højere grad ville blive personer med større sygelighed.

Man måtte derfor påregne enten at skulle forhøje samtlige sygekassemedlemmers kontingent eller at skulle forøge statstilskuddet. Ville man undgå begge disse følger, måtte yderligere ændringer foretages i systemets struktur.

Endvidere er det, som også nævnt under B, lægeforeningens opfattelse, at følgen af den frie adgang til indmeldelse som nydende medlem i sygekasse i givet fald ville blive, at der måtte indføres et refusionssystem for alle sygeforsikrede, d. v. s., at den hidtidige frie (gratis) lægehjælp for de ubemidlede ville ophøre, idet patienterne i hvert fald måtte udlægge honoraret til lægen og først derefter opnå refusion; hvis overenskomst om faste honorarer ikke kunne opnås, ville

refusionen iøvrigt ikke altid dække hele udgiften.

D. KONKLUSION

Kommissionens flertal er efter en afvejelse af de foran under A og B fremhævede synspunkter gået ind for at opretholde en sygekassegrænse. Efter dette flertals opfattelse ville en ophævelse af grænsen under de nuværende forhold medføre dybtgående og på forhånd usikre ændringer i den offentlige sygeforsikring og i lægernes stilling, uden at nødvendigheden af eller fordelene ved sådanne ændringer sammenlignet med den nuværende ordnings fordele er påvist.

Dette synspunkt understøttes af kommissionens nedenfor i kapitlerne 11 og 13 stillede forslag om større ensartethed i ydelse-nes omfang for de to grupper af forsikrede, samt af kommissionens foran¹³⁾ nævnte opfattelse med hensyn til sygekassegrænsens anvendelse på områder, der er sygeforsikringen uvedkommende.

To mindretalsudtalelser om dette spørgsmål (henholdsvis fra Johs. Christiansen, Henning Friis og Hartmann og fra Erik Ninn-Hansen) findes på grund af deres sammenhæng med andetsteds behandlede problemer nedenfor i et særligt afsnit VII¹⁴⁾).

VI. KOMMISSIONENS DRØFTELSE OM SYGEKASSEGRÆNSENS PLACERING

Kommissionen har på baggrund af det i forrige afsnit omtalte drøftet, om sygekassegrænsens nuværende niveau skal bibeholdes, og om der iøvrigt er grund til at foretage ændringer i de principper og regler, der har forbindelse med grænsen, såfremt denne opretholdes.

Kommissionen har overvejet forskellige nedenfor omtalte ændringer af *indtægts-*

grænsen (A), herunder dens *børnetillæg* (B) og af *formuegrænsen* (C).

A. INDTÆGTSGRÆNSEN

Som omtalt i afsnit II. E.¹⁵⁾ betyder den nuværende indtægtsgrænse - når der ses bort fra formuegrænsens virkning - at omkring

¹³⁾ Se side 89.

¹⁴⁾ Se side 106 ff.

¹⁵⁾ Se side 84 ff.

85 pct. af den voksne befolkning efter deres indtægtsforhold kunne være nydende medlemmer af sygekasserne. På denne baggrund har kommissionen ikke fundet anledning til at drøfte en forhøjelse af grænsen som noget påkrævet. Kommissionen har derimod drøftet, om en generel sænkning af grænsen måtte være ønskelig, samt om en sænkning burde foretages specielt for enligt stillede personer.

1. Generel sænkning af indtægtsgrænsen

Baggrunden for kommissionens overvejelser om en eventuel sænkning af indtægtsgrænsen var bl. a., at det i den almindelige diskussion om sygekassegrænsen er fremført, at der er en del af de nuværende, nydende sygekassemedlemmer, som ikke efter almindelig opfattelse regnes for ubemidlede.

Endvidere er det fremført, at sygekassegrænsen fastsættes til et beløb svarende til faglærte arbejderes gennemsnitlige, årlige bruttoindtægt, medens det ved bedømmelsen af den enkeltes ret til nydende medlemskab er pågældendes skattepligtige indkomst, der er afgørende, således at grænsen i forhold til det af lovgivningen tilsigtede niveau (arbejderklassen og dermed i økonomisk henseende ligestillede) i realiteten forhøjes med

et beløb svarende til betalte skatter, forsikringer, lønmodtagerfradrag m. v.

Kommissionen har derfor drøftet muligheden af at bibeholde grænsens nuværende nominelle størrelse, men at ændre reglerne, således at det bliver den enkeltes bruttoindkomsts størrelse, der er afgørende for medlemsretten i stedet for den skattepligtige indkomst.

Der ville imidlertid i praksis være mange vanskeligheder forbundet med at anvende bruttoindkomsten som bedømmelsesgrundlag, hvorfor den faktiske fremgangsmåde i stedet måtte blive, at den nye grænse skulle beregnes som de skattepligtige beløb, der svarer til en faglært arbejders gennemsnitlige årlige bruttoindkomst, en fremgangsmåde hvis resultat ville blive det samme, som om bedømmelsesgrundlaget for den enkelte var pågældendes bruttoindkomst stillet over for den nugældende grænse.

I den følgende tabel 11 er der foretaget en beregning, der for ikke-forsørgere og for forsørgere med 0-3 børn viser, til hvilke beløb grænsen efter dette princip skulle sættes pr. 1. oktober 1958, når børnetillægget medregnes for forsørgernes vedkommende. Ud over fradraget for skatten er der som et gennemsnit regnet med fradrag på 1.250 kr. for forsørgere og 600 kr. for ikke-forsørgere.

Tabel 11. Beregnet skattepligtig indkomst svarende til bruttoindkomst af samme størrelse som sygekasse grænsen pr. 1. okt. 1958.

	Hovedstaden kr.	Provinsbyerne kr.	Landkommunerne kr.
Ikke-forsørgere	11.400	10.300	9.800
Forsørgere uden børn	11.100	10.000	9.500
Forsørgere med 1 barn	12.000	11.000	10.500
Forsørgere med 2 børn	13.000	11.900	11.400
Forsørgere med 3 børn	14.000	12.800	12.300

I tabel 12 er herefter vist, hvor stor en procentvis nedgang, der måtte forventes i antallet af skatteydere med indkomst under grænsen, hvis denne nedsattes til de i tabel 11 nævnte beløb.

Når der tages hensyn til, at det for størsteparten af forsørgere gælder, at deres indkomstforhold tillige er afgørende for ægte-

fællens sygeforsikringsforhold, svarer tabelens tal til, at der måtte forventes en nedgang i medlemstallet i sygekasserne på omkring 15 pct, hvis grænsen skulle fastsættes til det gennemsnitlige skattepligtige beløb, der svarer til en faglært arbejders gennemsnitlige årlige bruttoindkomst, d. v. s., hvis sygekassegrænsen blev nedsat med et

beløb svarende til fradrag for skatter, forsikringer m. m.

Tabel 12. Beregnet procentvis nedgang i antallet af skatteydere med indkomst under grænsen, hvis denne nedsættes til de i tabel 11 anførte beløb.

	Forsørgere pct.	Ikke-forsørgere pct.	lait pct.
Hovedstaden	26	5	18
Provinsbyerne18	5	13
Landkommunerne...	15	4	10
Hele landet18	5	13

Da der som nævnt ovenfor er omkring 85 pct. af den voksne befolkning, der efter deres indkomsts størrelse er medlemsberettigede under den nuværende grænse, ville en fastsættelse af grænsen efter det foran nævnte princip betyde, at *den medlemsberettigede andel* af befolkningen, når der udelukkende tages hensyn til indkomsten, ville falde til omkring 70 pct.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvor meget det *faktiske medlemstal* måtte ventes at falde, gør forskellige usikkerhedsfaktorer sig gældende. Det faktiske medlemstal svarer nu til ca. 76 pct. af befolkningen, medens ialt ca. 82 pct. skulle kunne være medlemmer, (når der også tages hensyn til formuegrænsen). Der er således en gruppe svarende til ca. 6 pct. af befolkningen, der ikke udnytter adgangen til nydende medlemsskab. Det er ikke muligt på grundlag af foreliggende materiale at udtale sig om, hvilke indtægtsgrupper, det drejer sig om, men man ved dog, at der er en del personer med mindre indkomst, der nu ikke er nydende medlemmer. Imidlertid er der formentlig også herimellem personer, der ville blive afskåret fra nydende medlemsskab ved nedsættelse af grænsen, således at man må regne med, at faldet i det faktiske antal ville blive lidt mindre end de 15 pct., der er anslået som nedsættelse i det berettigede antal.

Der er imidlertid forskellige forhold, der taler imod en generel sænkning af grænsen:

a) Først og fremmest er det fremhævet

som betænkeligt, såfremt en større befolkningsdel - på et økonomisk niveau, der gennem årtier har givet ret til nydende medlemsskab i sygekasserne - nu skulle berøves denne ret.

b) Også ud fra sundhedsmæssige hensyn kan en generel sænkning være uheldig: Når befolkningsgruppen med mellemindkomster udelukkes, kan der være en vis mulighed for, at nogle af økonomiske grunde holder sig tilbage fra lægebehandling m. v., fordi denne i hvert fald er forbundet med et kontant udlæg, selv om en større eller mindre del heraf senere bliver refunderet af en fortsættelses-sygekasse.

c) Det skal endvidere tilføjes, at bedømmelsesgrundlaget for medlemsretten som omtalt i afsnit 1¹⁶⁾ har været den skattepligtige indkomst lige siden 1915, hvor der for første gang i lovgivningen blev fastsat regler om en egentlig indtægtsgrænse. I den følgende periode blev grænsen samtidig fastlagt dels efter »arbejderklassens normale største indtægt«, dels »den normale største indtægt for faglærte arbejdere i middelgodt lønnet fag« og endelig fra 1930 »faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse«.

Der er således en meget lang tids lovbestemmelser og praksis bag den nuværende fremgangsmåde for fastsættelsen af grænsen og det bedømmelsesgrundlag, der anvendes.

Kommissionens flertal finder herefter ikke, at der bør foretages en generel sænkning af indtægts grænsen.

Et mindretal bestående af lægeforeningens repræsentanter og Niels Hansen finder, at de foran anførte motiveringer, der taler for en generel sænkning af grænsen, vejer tungere end de forskellige forhold, der taler imod en generel sænkning. Mindretallet finder derfor, at en moderat sænkning bør finde sted, og at grundlaget for den nye grænses

⁵⁾ Se side 81.

beliggenhed bør være det skattepligtige beløb, som svarer til en faglært arbejders årlige bruttoindkomst.

Mindretallet ønsker at fremhæve, hvad der flere steder i kapitlet er omtalt, at i de senere års debat om sygeforsikringen har et af hovedpunkterne været indtægtsgrænsen. Deltagerne i denne debat har som også anført i kapitlet i mange tilfælde ikke gjort sig klart, at en indtægtsgrænse og en rimelig placering af denne har den allerstørste indflydelse på lægeordningen i et forsikrings-system. Såfremt et frivilligt system skal udbygges efter de principper, som et meget stort flertal i kommissionen, herunder sygekassernes, fortsættelsesygekassernes og lægernes repræsentanter, går ind for (frivilligt forsikringsystem med en indtægtsgrænse), og såfremt dette system skal være levedygtigt i den kommende tid, vil det være uheldigt og uhensigtsmæssigt at fortsætte med en indtægtsgrænse, hvis beliggenhed vil give anledning til en stadig kritik, som i mange tilfælde, omend med urette, vil rettes mod sygeforsikringen som sådan.

2. Sænkning af indtægtsgrænsen specielt for enlige

Inden for andre sociale områder er det reglen, at indtægtsgrænser (og ydelser) fastsættes til et lavere beløb for enlige end for familieforsørgere.

Inden for sygeforsikringen kunne det ud fra samme synspunkt gøres gældende, at en enlig person med en vis indkomst har mindre behov end en familie med samme indkomst for at kunne komme ind under en sygeforsikringsordning med bl. a. statstilskud og med lægehjælp for en lavere betaling end ellers. Kommissionen har derfor i fortsættelse af sine almindelige overvejelser om en sænkning af sygekassegrænsen, jfr. foran, overvejet, om man burde sænke indtægtsgrænsen for enlige.

Som det fremgår af den historiske redegørelse foran i dette kapitel, var der indtil 1930 i praksis en lavere indtægtsgrænse for

enlige end for forsørgere. Som det ligeledes er anført, har formuegrænser altid været lavere for enlige end for forsørgere.

Allerede ved den første egentlige fastsættelse af grænsen i indenrigsministeriets bekendtgørelse af 22. december 1915 var der inden for hver kommunegruppe fastsat 2 talgrænser for indtægten, og det anførtes, at man herved bl. a. havde tilsigtet at tage hensyn til forsørgerforhold, således at den laveste grænse skulle gælde for ugifte.

Ifølge sygekasseloven af 1930 skulle indtægtsgrænsen fremtidig til enhver tid svare til faglærte arbejderes årsindtægt ved fuld beskæftigelse, beregnet på grundlag af de af det statistiske departement offentliggjorte oplysninger om den gennemsnitlige timefortjeneste for faglærte arbejdere. Følgen heraf var bl. a., at der kun blev beregnet ét grænsebeløb for hver kommunegruppe. Ændringen synes ikke direkte at være foretaget med henblik på at få samme grænse for forsørgere og enligt stillede, men dette er snarere blot blevet en følge af fastsættelsen af beregningsgrundlaget for grænsen, jfr. at der ikke i 1930 blev indført fælles formuegrænse for forsørgere og enlige, hvilket formentlig ville have været tilfældet, såfremt ændringen til fælles indtægtsgrænse havde været udtryk for et principielt ønske om en ligestilling.

Siden 1930 er bestemmelserne om beregningsgrundlaget ikke ændret, og indtægtsgrænsen har derfor siden da været fælles for forsørgere og enligt stillede.

Kommissionen har drøftet, hvilke civilstandsgrupper der bør anses for enlige inden for sygeforsikringen.

Efter de nugældende regler om formuegrænsen anvendes i cirkulærerne om indtægts- og formuegrænsernes størrelse begrebet »enligtstillede personer«. Dette begreb er stort set sammenfaldende med det fra skatteåret 1958/59 indførte ikke-forsørgerbegreb inden for skattelovgivningen, hvorefter alle, der ikke faktisk har forsørgerpligt over for andre, anses for ikke-forsørgere.

Det synes at være rimeligt og mest hensigtsmæssigt at anvende dette sidste begreb også inden for sygeforsikringen.

I den følgende tabel 13 er der foretaget en beregning af, hvor stor procentvis nedgang i medlemstallet der må forventes, hvis *green- sen for enlige sænkes* med forskellige procentdele i forhold til den nugældende indtægtsgrænse.

Det må herved fremhæves, at denne beregning er baseret på skattestatistikens opgørelse af de indkomstansattes fordeling efter indkomstens størrelse i skatteåret 1955/56 (kalenderåret 1954), d. v. s., før det nye ikke-forsørgerbegreb blev indført.

Indtægtsgrænsen var pr. 1. oktober 1954

Tabel 13. Det beregnede, procentvise antal ikke-forsørgere med indkomster under forskellige grænser 1955/36.

Når sygekasse- grænsen sættes til følg. pct. af nuv.	Procentvis antal ikke-forsørgere med indkomst under grænsen				Indeks. Nuv. andel = 100	Beregnet nedgang i samlet medlemstal
pct.	H. pct.	P. pct.	L. pct.	Hele landet pct.		pct.
i 00	97,0	98,0	98,0	98,0	100	
80	92,0	95,0	95,0	94,5	97	ca. 1
75	90,0	93,0	93,0	92,5	95	» 1,5
66 ² / ₃	84,5	89,0	90,0	88,5	90	» 2
50	69,0	78,0	77,0	75,0	77	» 5

Da der i øjeblikket er ca. 2,5 mill. medlemmer i sygekasserne, svarer de beregnede nedgangsprocenter til, at henholdsvis ca. 25.000, ca. 35.000 og ca. 50.000 eller ca. 125.000 medlemmer skulle udgå af sygekasserne ved de nævnte nedsættelser af indtægtsgrænsen for enlige.

Til illustration af, hvilke indkomster der ville blive berørt af en nedsættelse af indtægtsgrænsen for enlige, er i den følgende

12.000 kr. i hovedstaden, 11.100 kr. i provinsbyerne og 10.100 kr. i landkommunerne, og som udgangspunkt er valgt grænser for enlige på henholdsvis 80 pct, 75 pct, 66²/₃ pct. og 50 pct. af disse beløb. I tabellen er vist den procentvise andel af skatteyderne (ikke-forsørgerne), der har indkomster under disse grænser. Endvidere er beregnet den forventede procentvise nedgang i det samlede antal sygekassemedlemmer. (Da beregningerne er baseret på skattestatistikken, er der ved overførelsen af nedgangsprocenterne til det samlede antal sygekassemedlemmer taget hensyn til, at de enlige her udgør en forholdsvis mindre del af det samlede antal, end tilfældet er i skattestatistikken, jfr. nærmere herom i afsnit U.E. ¹⁷).

tabel 14 vist den pr. 1. oktober 1958 gældende grænse i de 3 kommunegrupper samt den beregnede bruttoindkomst, der svarer til disse skattepligtige indkomster og som eksempel til sammenligning hermed grænser på henholdsvis 75 pct. og 66²/₃ pct. af den nuværende grænse med de til disse skattepligtige indkomster svarende bruttoindkomstbeløb.

Tabel 14. Indtægts grænse = henholdsvis 75 pct. og 66²/₃ pct. af grænsen i 1958 samt bruttoindkomst svarende til disse skattepligtige indkomster for enlige.

	Hovedstaden kr.	Provinsbyer kr.	Landkommuner kr.
Nuværende grænse	15.200	13.900	12.700
Bruttoindkomst svarende hertil ca.	20.900	19.400	16.800
En grænse — 7/ pct. af nuværende	11.400	10.400	9.500
Bruttoindkomst svarende hertil ca.	15.200	14.100	12.200
En grænse = 66 ² / ₃ pct. af nuværende	10.100	9.300	8.500
Bruttoindkomst svarende hertil ca.	13.200	12.600	10.600

¹⁷) Se side 84 ff.

Som tabellen viser, ville en nedsættelse af grænsen til 75 pct. af det nuværende beløb f. eks. betyde, at ikke-forsørgere i hovedstaden med skattepligtige indkomster mellem 11.400 kr. og 15.200 kr. ikke længere ville kunne være nydende medlemmer i sygekasserne. De personer, der herved ville blive udelukket, ville være dem, der har en bruttoindkomst mellem godt 15.000 kr. og ca. 21.000 kr. I landkommunerne ville en sådan nedsættelse af grænsen betyde, at enlige med bruttoindkomster af størrelsesordenen 12.000 kr. til 17.000 kr. ville blive udelukket af sygekasserne.

Konklusion:

Under hensyn til, at det inden for det sociale lovgivningsområde iøvrigt er reglen, at indtægtsgrænser og ydelser fastsættes lavere for enlige end for forsørgere, og i betragtning af, at dette også har været tilfældet inden for sygeforsikringen indtil 1930, samt at ændringen heri — som det fremgår af det foran nævnte - mere synes at skyldes ønsket om at nå frem til en anden beregningsmåde end et ønske om at opgive sondringen mellem forsørgere og ikke-forsørgere, er det kommissionens opfattelse, at der på ny bør fastsættes en lavere grænse for enlige end for forsørgere også på sygeforsikringens område.

Det er kommissionens opfattelse, at grænsen for enlige herefter bør fastsættes til ca. 75 pct. af grænsen for familieforsørgere. Forskellen mellem indtægtsgrænserne ville derved stort set komme til at svare til den nuværende forskel i formuegrænserne, idet denne for enlige er ca. 73 pct. af formuegrænsen for forsørgere. Som det fremgår af tabel 14, skulle grænsen herefter pr. 1. oktober 1958 sættes til følgende beløb:

- 11.400 kr. i hovedstaden
- 10.400 kr. i provinsbyerne
- 9.500 kr. i det øvrige land.

Da forsørgerbegrebet, som flere gange omtalt, er ændret fra skatteåret 1958/59, og der endnu ikke foreligger opgørelser over indkomstfordelingen efter den nye afgrænsning

af ikke-forsørgere, kan der kun med stor usikkerhed gives et skøn over den nedgang i sygekassemedlemmernes antal, en sådan nedsættelse af grænsen måtte antages at medføre. Som det fremgår af tabel 13, må nedgangen på grundlag af det foreliggende materiale anslås til mellem 1 og 2 pct., hvilket svarer til 25-50.000 personer.

B. BØRNETILLÆGGET

1. Børnetillæggets størrelse

Kommissionen har overvejet en forhøjelse af børnetillægget, idet det er blevet fremhævet, at værdien af det nuværende tillæg næppe svarer til de faktiske udgifter ved at have børn, således at familier med børn i virkeligheden stilles forholdsvis ringere inden for sygeforsikringen end familier uden børn.

Der foreligger ikke nogen nyere dansk undersøgelse, der viser, hvor stor børneudgiften er, men en svensk undersøgelse fra 1955 viser, at en gennemsnitlig 2-børnsfamilie ved en samlet indkomst svarende til ca. 16-17.000 d. kr. anvender omkring 14 pct. af familiens indkomst til forsørgelse af hvert barn, når der ses bort fra pengeværdien af husmoderens arbejde. En ældre dansk undersøgelse tyder på, at stort set samme forhold kan anvendes her i landet på samme familienstørrelse og samme indkomstniveau. Dette skulle således betyde, at gennemsnitsudgiften pr. barn i en 2-børnsfamilie med f. eks. 15.000 kr. i bruttoindkomst er omkring 2.100 kr., og hvis bruttoindkomsten er 20.000 kr., skulle børneudgiften være omkring 2.800 kr. pr. barn.

Disse tal kan ikke direkte sammenlignes med det nuværende børnetillæg, 1.075 kr., fordi dette børnetillæg lægges til den skattepligtige indtægt, således at det er den skattepligtige indkomst, der for hvert barn kan være 1.075 kr. højere end de fastsatte grænsebeløb. Bruttoindkomsten kan derfor på dette indtægtsniveau være noget højere, ca. 1.300-1.400 kr. pr. barn, og det er derfor disse sidste beløb, der skal sammenlignes med de foran anførte beregnede børneudgifter.

Under forudsætning af, at børneudgiften som antaget udgør ca. 14 pct. af en families bruttoindkomst, skulle det nuværende tillæg herefter svare til den faktiske udgift for familier med bruttoindkomst på omkring 9.000 kr., medens tillægget for de højere indkomster, der ligger omkring sygekassegrænsen, og for hvilke derfor tillægget har en reel betydning, er langt lavere end den virkelige børneudgift.

Det er derfor kommissionens opfattelse, at børnetillægget bør forhøjes.

I den følgende tabel 15 er der foretaget en beregning af de talmæssige konsekvenser for sygekassernes medlemstal af forskellige mu-

lige forhøjelser af børnetillægget. Som udgangspunkt er valgt børnetillæg, der er henholdsvis 33 pct., 50 pct., 66 pct. og 100 pct. højere end det gældende. Der er herefter på grundlag af en opgørelse af skatteyderes fordeling efter indkomst og børnetal fra 1955/56 beregnet den procentvise andel af skatteyderne (forsørgere), der har indkomst under de grænser, der fremkommer ved de forskellige størrelser af børnetillæg. Endvidere er beregnet, hvor stor procentvis stigning i sygekassernes samlede medlemstal, de forskellige forhøjelser må antages at ville medføre.

Tabel 15. Det beregnede procentvise antal forsørgere med indkomst under forskellige grænser 1955/56.

Når børnetil. sættes til følg. pct. af nuværende	Procentvis antal skatteydere med indkomst under grænsen				Indeks. Nuv. andel = 100	Beregnet stigning i samlet medlemstal
	H.	P.	L.	Hele landet		
pct.	pct.	pct.	pct.	pct.		pct.
100	77,0	84,5	82,5	82,0	100,0	-
133	78,0	85,0	83,5	82,5	101,1	knap 1
150	78,5	85,5	84,0	83,0	101,8	godt 1
166	78,5	86,0	84,5	83,5	102,2	knap 2
200	79,5	86,5	85,5	84,5	103,1	godt 2

Tabellen viser, at en forhøjelse af børnetillægget vil have forholdsvis ringe talmæssig betydning for sygekassernes medlemstal. F. eks. fremgår det, at en fordobling af børnetillægget antagelig kun ville betyde, at ca. 3 pct. af samtlige forsørgere blandt skatteyderne kunne blive medlemmer af sygekasserne, hvilket skulle svare til en stigning i det samlede medlemstal på omkring 2 pct., eller til ca. 50.000 personer.

Når ændringen forventes at ville blive så lille, skyldes det bl. a., at omkring 54 pct. af samtlige forsørgere (efter den hidtil anvendte definition af begrebet forsørger) ikke har børn og således ikke ville blive berørt af en forhøjelse af børnetillægget, samt at en stor del af familierne med børn har en så lav skattepligtig indkomst, at de allerede nu kan være medlemmer af sygekassen.

Kommissionen finder, at en forhøjelse af

børnetillægget på ca. 50 pct. af det nuværende beløb må anses for rimelig. Tillægget vil derved blive på godt 1.600 kr. og således få en størrelse, der i højere grad svarer til de faktiske børneudgifter.

I denne forbindelse har kommissionen overvejet, om det vil være rimeligt at lade det højere børnetillæg gælde for samtlige børn, eller om det først bør gælde for det 2. eller 3. barn, medens tillægget for 1. og eventuelt for 2. barn forbliver uændret.

Kommissionen finder, både under hensyn til de faktiske forhold og af administrative grunde samt under hensyn til de ringe talmæssige konsekvenser af forhøjelsen, at *det højere tillæg bør beregnes allerede for det første barn.*

Som det fremgår af foranstående tabel 15, måtte en generel forhøjelse af børnetillægget med 50 pct. antages at medføre en stigning

i medlemstallet på godt 1 pct. i forhold til det nuværende antal.

2. Aldersgrænse for børnetillæg til indtægtsgrænsen

Ifølge de hidtil gældende bekendtgørelser om sygekassegrænsens fastsættelse forøges indtægtsgrænsen med børnetillæg for børn under 15 år.

Denne aldersgrænse blev allerede fastsat i år 1900 i den i afsnit I¹⁸⁾ omtalte skrivelse fra sygekasseinspektøren, idet man allerede da ved bedømmelsen af de økonomiske forhold tog hensyn til de af forsikringen omfattede hjemmeværende børn, d. v. s. børn under 15 år, og reglen har siden været opretholdt uændret.

Aldersgrænsen for børnetillæg til indtægtsgrænsen kan dog ikke ses alene i forhold til grænsen for, hvor længe børn er dækket af forældrenes forsikring, men må også ses i forhold til den laveste skattepligtige alder. Indtil skatteåret 1952/53 var denne 15 år, og der var således overensstemmelse mellem alle aldersgrænserne. Fra 1952/53 forhøjedes skattelovens laveste skattepligtige alder imidlertid fra det fyldte 15. år til det fyldte 16. år.

Konsekvensen af denne forhøjelse var, at indtægter hos 15-årige nu i modsætning til tidligere lægges til forsørgerens indtægt ved skatteberegningen. I relation til sygekassegrænsen vil 15-årige børns indtægter derfor nu eventuelt kunne bringe forsørgerens indtægt op over sygekassegrænsen, der efter de hidtil gældende regler ikke kan forhøjes for børn i denne aldersgruppe, selv om forsørgeren har forsørgelsesudgifter til barnet. Under visse omstændigheder vil dette altså kunne medføre, at en forsørger, hvis indtægt ligger umiddelbart under sygekassegrænsen, på grund af det 15-årige barns indtægt bringes op over denne grænse, medens han året efter - når barnet er fyldt 16 år og beskattes selvstændigt - igen vil kunne være medlem af en sygekasse.

¹⁸⁾ Se side 80.

Kommissionen foreslår, at aldersgrænsen for beregningen af børnetillæg til sygekassegrænsen forhøjes til det 16. år, således at der opnås overensstemmelse med statsskattelovens regler.

C. FORMUEGRÆNSEN

Formuegrænsen udgør pr. 1. oktober 1958:

For enligt stillede personer	38.000 kr.
For familieforsørgere	52.000 kr.

Som omtalt i afsnit U.E.¹⁹⁾, viser en opgørelse, baseret på indkomst- og formuestatistikken for 1956/57, at omkring 3 pct. af den voksne befolkning skulle være udelukket fra nydende medlemsskab i sygekasserne alene på grund af formuegrænsen. (Der er med andre ord set bort fra dem, hvis formue overstiger denne grænse, men som udelukkes allerede på grund af for høj indkomst).

I visse tilfælde kan der dog dispenseres fra formuegrænsen, idet de bedømmende udvalg i tvivlsspørgsmål forelægger sagen for sygekassedirektoratet. Der redegøres derfor i det følgende for de retningslinier, direktoratet for sygekassevæsenet følger med hensyn til dispensation fra formuegrænsen i henhold til sygekassebekendtgørelsen.

Formuegrænsen tillades aldrig overskredet med mere end 100 pct. løvrigt ligger praksis således: Der tillades en overskridelse af grænsen på indtil 40 pct., når formuen er anbragt i vanskeligt realisable aktiver, herunder anbragt: i fast, mindre, egen ejendom, eller formuen er båndlagt. I disse tilfælde er det dog en forudsætning, at indtægten ligger væsentligt under den gældende indtægtsgrænse. Når formuen er anbragt på lidet rentabel måde, hvorved forstås, at de samlede rentefkast er under 3 pct., dispenseres for overskridelse på op til 100 pct. Det samme gælder, når den væsentligste indtægt består i folke- eller invalidepension eller en anden mindre pension eller livrente og lignende. Også når den væsentligste indtægt består i

¹⁹⁾ Se side 84 ff.

rente af en kapital, og pågældendes arbejds- eller erhvervsmuligheder er således nedsat, at arbejdsindtægten kun kan blive af ringe betydning, kan man tillade overskridelse på indtil 100 pct. Endelig dispenseres der i en overgangsperiode, når en person ved ægtefællens død har mistet sin hidtidige forsørger.

Når denne praksis sammenholdes med resultatet af den foran nævnte opgørelse af, at kun 3 pct. af den voksne befolkning - uden nogen dispensationsadgang - ville blive udelukket fra medlemsskab alene på grund af formuegrænsen, vil det fremgå, at denne grænse i realiteten kun har meget ringe betydning for medlemskredsens størrelse, og kommissionen har derfor overvejet en fuldstændig ophævelse af formuegrænsen.

Som baggrund for en sådan ophævelse er bl. a. fremdraget følgende:

1) Den almindelige tendens i lovgivningen går henimod at se bort fra selve formuebesiddelsen og alene lægge vægten på formuens afkastning, og denne er også inden for sygeforsikringen underkastet den almindelige indtægtsgrænse.

Eksempelvis kan i denne forbindelse nævnes, at ved lov nr. 227 af 27. maj 1950 bortfaldt formuegrænsen helt for arbejdsløshedsforsikringens vedkommende. Indtil da havde retten til nydende medlemsskab i en arbejdsløshedskasse været betinget af, at pågældendes formue ikke oversteg den i loven fastsatte grænse.

2) Specielt for folke- og invalidepensionen lempedes der ved ændringerne af folkeforsikringsloven i forbindelse med indførelsen af folkepension meget væsentligt i reglerne om formueindtægters betydning for pensionernes (rentens) størrelse.

Eksempelvis kan under forudsætning af et renteaftast på 5 pct. nævnes, at før ændringen kunne et ægtepar i hovedstaden, beregnet efter forholdene pr. 1. oktober 1957, opnå fuld aldersrente med en formue på ca. 25.000 kr. og enlige med ca. 16.000 kr.

Efter ændringen kunne fuld folkepension opnås med formuer på henholdsvis ca. 75.000 kr. og ca. 37.000 kr. Tilsvarende bortfaldt tidligere retten til at opnå aldersrente i hovedstaden med en formue på henholdsvis ca. 95.000 kr. og 61.000 kr. imod henholdsvis ca. 215.000 kr. og 115.000 kr. efter lovændringen.

3) Den nuværende formuegrænse er væsentligt lavere end de formuebeløb, der afskærer fra indtægtsbestemt folkepension. Der kan herved henvises til de foran under 2) i slutningen nævnte formuebeløb. Disse er siden da blevet noget højere på grund af pristalsreguleringer, men til sammenligning kan nævnes, at sygeforsikringens formuegrænse samtidig, d.v.s. pr. 1. oktober 1957, udgjorde 50.000 kr. for forsørgere og 36.000 kr. for enlige stillede personer.

Kommissionen finder det urimeligt at have en sådan grænse, at personer, der modtager indtægtsbestemt folkepension, ikke kan være medlem af en sygekasse.

4) Formuegrænsen kan virke urimelig i de tilfælde, hvor grænsen alene overskrides som følge af en ny højere vurdering af ejendomsværdierne.

Foranlediget af de forhøjelser i ejendomsværdierne, som skete ved den almindelige vurdering pr. 1. september 1956, blev dispensationsreglen derfor udvidet i den 3-årige bekendtgørelse for perioden 1. oktober 1957 til 30. september 1960. Herefter kunne der til vanskeligt realiserbare aktiver henregnes en fast, mindre ejendom, der tjener som helårlig bolig for ejeren eller danner grundlag for pågældendes erhverv, dog bortset fra udelukkende udlejningsvirksomhed.

Hvis der således fremtidig bliver behov for en stadig udbygning af dispensationsreglerne, og formuegrænsens talmæssige betydning derigennem fortsat formindskes, er det mere rationelt og rimeligt at ophæve grænsen, jfr. også at en dispensation overhovedet vil bero på, at pågældende ansøger om en sådan.

Imod en ophævelse af formuegrænsen kun-

ne fremføres, at det ikke er rimeligt, at personer med formuer af en størrelsesorden på f. eks. 200.000 kr. får adgang til en statsunderstøttet sygeforsikring. Der er tillige peget på, at formuegrænsen på landet ofte giver bedre udtryk for den økonomiske bæreevne end en indtægtsgrænse.

Da opretholdelse af særlig formuegrænse for sygeforsikringen ikke svarer til udviklingen inden for anden sociallovgivning, og da de administrative ulemper ved formuegrænsen er betydelige samtidig med, at en ophævelse af denne grænse kun har ringe betydning med hensyn til antallet af medlemmer — modsat en eventuel fuldstændig ophævelse af sygekassegrænsen (d. v. s. ind-

tægtsgrænsen) — *har kommissionens flertal intet at indvende imod en ophævelse af formuegrænsen.*

Et mindretal bestående af lægeforeningens repræsentanter finder, at argumentationen, der er fremført mod en ophævelse af formuegrænsen, er så tungtvejende, at mindretallet må afvise forslaget om en ophævelse af formuegrænsen.

Et andet mindretal (Niels Hansen) finder, at de fremførte argumenter taler for en forhøjelse af formuegrænsen, men ikke for en ophævelse.

VIL MINDRETALSUDTALELSER

Ud over de foran under de pågældende afsnit gængsne mindretalsudtalelser er til foranstående afsnit knyttet følgende:

1) Et mindretal (Johs. Christiansen, Henning Friis og F. M. Hartmann er af den principielle opfattelse, at en på indkomst og/eller formue fikseret sygekassegrænse aldrig vil kunne fastlægges en tilfredsstillende delingslinje mellem bemidlede og ubemidlede i lovgivningsmæssig henseende. Der vil, hvordan en sådan grænse end sættes, altid forekomme et ikke ubetydeligt antal tilfælde, hvor vedkommende med større ret burde være placeret på en anden side af grænsen end den, hvor han i kraft af systemet er blevet anbragt.

Mindretallet erkender fuldt ud værdien af det socialpolitiske fremskridt, som sygekasseloven af 1892 indledte, og som op gennem dette århundrede er blevet yderligere udbygget. Den statsstøttede forsikringsmæssige sygekasse-ordning må vurderes ikke alene som en væsentlig faktor i den sundhedsmæssige udvikling, men også som et mærkbart bidrag til mindske af den

sociale afstand mellem landets befolkningsgrupper.

Det er imidlertid mindretallets opfattelse, at dansk sociallovgivning i vor tid bør tage et videre sigte. Den opfattelse, der ligger til grund for den nye folkepensionslov, at sociale sikringsordninger bør omfatte hele befolkningen, synes i ganske særlig grad at kunne anlægges på sygeforsikringslovgivningen.

Efter den sidst foretagne regulering ligger sygekassegrænsen for forsørgere uden børn i København nu ved en skattepligtig indkomst på 15.200 kr., i købstæderne ved 13.900 kr. og på landet 12.700 kr.

Da grænsen i alle tre kommune grupper forhøjes med 1.075 kr. for hvert hjemmeverende barn under 15 år, kan forsørgere med tre børn have en bruttoindkomst på 25.300 kr. i hovedstaden, 23.900 kr. i købstæderne og 21.200 kr. i landdistrikterne uden at miste deres medlemsret i den almindelige sygekasse, medens ikke-forsørgere bevarer samme ret ved indkomster på indtil henholdsvis 20.900, 19.400 og 16.800 kr.

Når indkomster af denne størrelsesorden lægges til grund for delingslinjen mellem

bemidlede og ubemidlede i sygekasse-mæssig forstand, ser mindretallet ikke rettere end, at en ophævelse af sygekassegrænsen ville være det mest rationelle. Samtidig ville man her-ved kunne fjerne endnu et af de sociale skel, der modvirker forståelsen af, at samfundet er en helhed.

Den af lægernes repræsentanter i kommissionen foran i afsnit VI. A. 1. foreslåede nedsættelse af ovennævnte indkomstbeløb (til omkring 10.000 kr.) må mindretallet afgjort modsætte sig. Dels ville heller ikke en sådan grænse kunne angive en rimelig delingslinje mellem bemidlede og ubemidlede, dels ville det for de ca. 350.000 nuværende sygekassemedlemmer, som derved blev tvunget over i en anden form for sygeforsikring, være et føleligt socialt tilbageskridt.

Mindretallet må ligeledes tage afstand fra den af et andet mindretal (Erik Ninn-Hansen) i kap. 6^{19a)} skitserede tanke om en sygeforsikringsordning på frivillighedsbasis. Det skal efter skitsen ganske vist være en forudsætning, at grænsen mellem bemidlede og ubemidlede forsvinder, men efter mindretallets vurdering indebærer skitsen så øjensynlige brist i samfundsmæssig henseende, at en lovgivning på dette grundlag ikke ville være forsvarlig.

For det første må det efter hidtil indvundne erfaringer stærkt betvivles, at en sådan ordning vil kunne sikre den af det offentlige støttede forsikringsmæssige sygehjælp til alle, som måtte have behov derfor, idet det kan forudses, at et stort antal personer ville undlade eller dog i det længste udsætte at indmelde sig i en sygekasse. Og da dette i særlig grad må antages at gælde de mere ligeglade og asociale befolkningselementer, ville for det andet følgen blive, at socialudvalgene ved indtræden af alvorligere sygdomsperioder måtte tage sig af vedkommende og derved udløse den for samfundet dyreste form for sygehjælp.

I konsekvens af foranstående synspunkter ville mindretallet principielt have fundet det ønskeligt om folkeforsikringslovens afsnit I

nu kunne være blevet ændret efter følgende retningslinjer:

a) De i nævnte afsnit, kap. II § 6 indeholdte bestemmelser om optagelse i sygekasser for ubemidlede (sygekassegrænsen) ophæves.

b) I stedet oprettes en offentligt støttet og kontrolleret sygeforsikringsordning med automatisk indtrædende medlemsret for alle, uanset disses økonomiske forhold.

c) Finansieringen af en sådan nyordning sikres dels ved et medlemskontingent, der opkræves som en procentdel af vedkommendes skattepligtige indkomst, dels ved tilskud, ydet af det offentlige.

Når mindretallet imidlertid dog afstår fra at stille konkrete forslag efter disse principper, skyldes det den meget stærke modstand, de har mødt i kommissionen, og at man heraf måtte drage den slutning, at der foreløbig næppe heller vil være politisk mulighed for en sygeforsikringsordning på det nævnte grundlag.

Løvrigt finder mindretallet ikke, at de med gennemførelsen af en sådan nyordning forbundne problemer kan siges at have fundet tilstrækkelig afklaring under kommissionsforhandlingerne. Det drejer sig her navnlig om de problemer, som rejser sig ved, at en del af dem, der indtægtsmæssigt ligger over gældende sygekassegrænse, formentlig ville finde det utilfredsstillende pludseligt at skulle gå over til sygekassernes mere bundne lægeordning, jfr. herom betænkningen »Social Sikring i Sygdomstilfælde« side 169-70.

Under hensyn til de foran anførte forhold kan mindretallet subsidiært tiltræde det i kapitel 9, afsnit IV²⁰⁾ af et mindretal (Niels Mørk) stillede forslag. Dette opfylder vel ikke mindretallets hovedkrav om sygekassegrænsens ophævelse. Forslagets tanke om *dels* at samle alle i en fælles sygeforsikringsordning *dels* på væsentlige områder at ligestille de forsikrede med hensyn til kassernes

^{19a)} Se side 65 f.

²⁰⁾ Se side 122 ff.

ydelse indebærer imidlertid efter mindretallets skøn så betydelige fortrin sammenlignet med gældende ordning, at man kan anbefale forslaget som et godt grundlag for lovgivningsmagts videre behandling af sagen.

2) Et andet mindretal (Erik Ninn-Hansen) kan ikke medvirke til den af kommissionens flertal foran under V. D. foreslåede ordning, hvorefter sygekassegrænsen bevares. Idet mindretallet henviser til sin i kapitel 6, ILD.²¹⁾ skitserede frivillige ordning med ophævelse af sygekassegrænsen, skal mindretallet som begrundelse for sit standpunkt anføre følgende:

Mindretallet deler den samlede kommissions opfattelse, at en frivillig ordning er bedst stemmende med det forsikringsprincip, hvorpå sygeordningen er baseret. Det ville efter mindretallets opfattelse være uheldigt at adskille forbindelsen mellem det, der ydes af de forsikrede (kontingentet), og det, der modtages (sygekassernes og de private forsikrings ydelser til lægehjælp m.v.).

Der er efter mindretallets opfattelse ingen saglig begrundelse for opretholdelsen af sygekassegrænsen.

Det sociale formål med at give alle under en sygekassegrænse ret til nydende medlemsskab må anses for bortfaldet, når 85 pct. af befolkningen har denne adgang. Det kan ikke være rimeligt at foretage en opdeling, således at 85 pct. af befolkningen skal være placeret i en gruppe, der er nødsaget til at modtage offentlig støtte til en sygeforsikring, medens kun 15 pct. af befolkningen anses for at være i stand til at gennemføre en forsikringsordning uden offentlig støtte.

Sygekassegrænsens tilstedeværelse bevirker en opdeling, der har mange uheldige følger. Den er hidtil blevet anvendt på flere andre områder, navnlig inden for den sociale lovgivning. Selv om kommissionens flertal har udtalt sig imod en sådan overførelse af sygekassegrænsen, må det dog antages, at en overførelse, hvorved en tilsvarende opdeling

af befolkningen finder sted, bliver praktiseret af lovgivningsmagten og administrationen, jfr. således de foran i afsnit III omtalte bestemmelser i boligstøtteleven²²⁾.

Da sygekassegrænsen er fastsat på en måde, der er uden forbindelse med trangkriteriet, da opdelingen af befolkningen virker kunstig og tilfældig, da praktisk taget samme indtægtsgrænse anvendes på flere andre områder, hvor befolkningen mister goder, hvis den passerer grænsen, vil en sygekassegrænse fortsat få følgende uheldige virkninger:

De, der passerer grænsen, vil miste så mange goder, at de økonomisk stilles dårligere end de sygekassemedlemmer, der har en indtægt lige under grænsen.

Denne økonomiske forringelse kan bevirke, at mange søger at bibeholde en indtægt, hvorved de kan blive i sygekassen og opretholde de øvrige goder.

Det kan således befrygtes, at initiativ og ekstra arbejdsindsats går tabt.

Den tilfældige opstilling vil føles uretfærdig og urimelig af dem, der mister disse goder, skønt andre, der ikke har større behov derfor, kan opretholde alle goder.

Sygekassegrænsen forhindrer den valgfrihed, der må være den naturlige konsekvens af et frivilligt system. Det er mindretallet bekendt, at nogle medlemmer af sygekasser ville foretrække medlemsskab af en fortsættelsesygekasse, hvilket ønske ikke kan opfyldes efter den nuværende ordning. Sygekassegrænsens tilstedeværelse bevirker, at det er nødvendigt at gennemføre kontrolforanstaltninger, der medvirker til at fordyre sygekassernes administration. Det må antages, at sygekassernes administrationsudgifter vil kunne nedsættes, hvis grænsen slettes. I den forbindelse kan nævnes, at sygekassernes administrationsudgifter i København andrager 21,1 pct. af de kontingenter, der indbetales af nydende medlemmer. Administrationsomkostninger af en så betydelig størrelsesorden i foreninger, der er sikret en stor kontingentbetalende medlemskare gen-

²¹⁾ Se side 65 f.

²²⁾ Se side 89.

nem lovgivningen, er kun forklarlig, hvis kontrolforanstaltningerne bevirker en væsentlig belastning af foreningernes administrationskonti. Denne antagelse bestyrkes også deraf, at administrationsudgifterne i land-distrikterne, hvor kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse er lettere gennemførlig, kun andrager 12,6 pct. af kontingentindtægten hidrørende fra nydende medlemmer.

Efter at kommissionsflertallet har accepteret en ophævelse af formuegrænsen, finder

mindretallet, at en opretholdelse af sygekassegrænsen alene bestemt efter indtægtsforholdene i endnu højere grad savner begrundelse. Det må også forekomme inkonsekvent at bevare en sygekassegrænse, hvis en sygelønsordning, som et underudvalg under kommissionen har foreslået, gennemføres uden nogen indtægts- eller formuegrænse.

Mindretallet henviser iøvrigt til de foran i afsnit V. A. ²³⁾ anførte argumenter for ophævelse af sygekassegrænsen.

VIII. RESUME

Spørgsmålet om *en ophævelse af sygekassegrænsen* har været et af hovedemnerne i kommissionens drøftelser.

Herunder er der fremført forskellige argumenter for en sådan ophævelse og forskellige argumenter for at bevare en grænse. Til lige har kommissionen overvejet, hvordan man kunne indrette forskellige systemer uden sygekassegrænse og de konsekvenser, sådanne systemer ville få, herunder specielt hvilke ændringer der måtte forventes med hensyn til lægehjælpens form og lægernes stilling til forsikringen, hvis sygekassegrænsen ophæves.

Et flertal inden for kommissionen er *gået ind for at bevare en sygekasse grænse* mellem bemidlede og ubemidlede, således at der for hver gruppe opbygges et særligt sygeforsikringssystem, der tager hensyn til de foreliggende problemer. Efter flertallets opfattelse ville en ophævelse af grænsen under de nuværende forhold medføre dybtgående og på forhånd usikre ændringer i den offentlige sygeforsikring og i lægernes stilling, uden at nødvendigheden af eller fordelene ved sådanne ændringer sammenlignet med den nuværende ordnings fordele er påvist.

Det er fremhævet, at sygekassegrænsen ikke bør anvendes på andre - og sygeforsikringen ivedkommende — områder.

Endvidere er fremhævet, at ydelserne in-

den for de to systemer så vidt muligt bør være ensartede i forhold til medlemmerne, således at grænsen snarere bliver skillelinie mellem, hvad der betales for og formen for sygeforsikringen, end for forsikringens omfang.

Et mindretal (Johs. Christiansen, Henning Friis, F. M. Hartmann) har principielt ønsket en sygeforsikringsordning med automatisk indtrædende medlemsret for alle, men har subsidiært tiltrådt den af Niels Mørk foreslåede ordning, jfr. nærmere foran i afsnit VII.

Et mindretal (Erik Ninn-Hansen) er gået ind for en fuldstændig ophævelse af sygekassegrænsen (såvel indtægts- som formuegrænsen).

I forbindelse med det i dette kapitel omhandlede spørgsmål om ophævelse af sygekassegrænsen henvises tillige til et i kapitel 9 ²⁴⁾ omtalt forslag til nyordning af de bemidlede sygeforsikring.

Kommissionen har derefter drøftet *grænsens placering* i et system, der opretholder princippet om forskellig forsikring for bemidlede og ubemidlede.

Med hensyn til *indtægts grænsen* finder kommissionens flertal, at grænsen bør be-

²³⁾ Se side 93 f.

²⁴⁾ Se side 122 ff.

vares på sit nuværende niveau for familieforsørgere, men sænkes omkring 25 pct. for *enligt stillede* personer. Det er endvidere flertallets opfattelse, at *børnetillægget* bør forhøjes med ca. 50 pct., og at tillægget bør ydes for børn op til det 16. år i stedet for til det 15. år.

Et mindretal bestående af Lægeforeningens repræsentanter og Niels Hansen finder, at en moderat sænkning af indtægtsgrænsen bør finde sted, og at grundlaget for den nye grænses beliggenhed bør være det skattepligtige beløb, som svarer til en faglært arbejders årlige bruttoindkomst.

Kommissionens flertal har intet at indvende imod ophævelse af *formue grænsen*.

Et mindretal bestående af Lægeforeningens repræsentanter finder, at argumentationen, der er fremført mod en ophævelse af formuegrænsen, er så tungtvejende, at mindretallet må afvise forslaget om en ophævelse af formuegrænsen.

Et andet mindretal (Niels Hansen) finder, at de fremførte argumenter taler for en

forhøjelse af formuegrænsen, men ikke for en ophævelse.

Flertallets forslag om ændringer af sygekassegrænsen vil ikke væsentligt påvirke det samlede antal ubemidlede, nydende medlemmer i forsikringen.

Det er anslået, at nedsættelsen af indtægtsgrænsen for enlige vil medføre et fald i sygekassernes medlemstal på 1-2 pct., og at der heroverfor står en stigning som følge af den foreslåede forhøjelse af børnetillægget på omkring 1-2 pct.

Den samlede medlemsstigning ved forslaget om ophævelse af formuegrænsen vil antagelig blive på omkring et par procent.

Da de nuværende grænsers størrelse medfører, at omkring 82 pct. af befolkningen efter deres økonomiske forhold kunne være nydende medlemmer, og det faktiske medlemstal udgør 76-77 pct., må de foreslåede ændringer således ialt antages at medføre, at den berettigede andel stiger til ca. 84-85 pct. og den faktiske andel til ca. 79-80 pct.

KAPITEL 9

Administrative og organisatoriske spørgsmål

I de indledende afsnit og i forbindelse med enkelte af de iøvrigt af kommissionen drøftede problemer er også omtalt nogle af de administrative og organisatoriske forhold. I det følgende afsnit I gennemgås disse forhold udførligt med henblik på kommissionens drøftelser om eventuelle ændringer i sygeforsikringens administration og organisation og derefter omtales (i afsnit II-IV) en række problemer vedrørende administrative og organisatoriske forhold, der har været genstand for drøftelser i kommissionen. Det har herunder været overvejet, hvilke mulig-

heder der måtte foreligge for at gennemføre forenklinger i den administrative opbygning, sikre den bedst mulige koordination mellem myndigheder og institutioner, der virker inden for sygebehandlingens og sundhedsvæsenets områder, samt at gennemføre lettelser i den daglige administration.

Det bemærkes herved, at allerede de i kapitel 7 stillede forslag vedrørende ophævelse af helbreds- og aldersbetingelser og varighedsbegrænsninger vil medføre betydelige administrative lettelser.

I. OVERSIGT OVER DEN OFFENTLIGE SYGEFORSIKRINGS ADMINISTRATIVE OPBYGNING

A. FORSIKRINGEN FOR UBEMIDLEDE

1. Sygekasserne

Der fandtes pr. 31. december 1957 her i landet ialt 1.545 sygekasser, der er statsanerkendte i henhold til folkeforsikringsloven. Disse kasser havde 2.495.881 ubemidlede, nydende medlemmer og 270.683 bidragydende medlemmer (excl. Færøerne). En særstilling indtager Statsbanepersonalets sygekasse, der virker over hele landet, og hvis forhold er ordnet ved lov nr. 95 af 27. marts 1934 med senere ændringer. Om denne sygekasses særlige forhold er der nærmere redegjort

nedenunder i afsnit C¹). Sygekassernes størrelse er stærkt varierende, jfr. nedenstående oversigt over medlemstal (1958):

Medlemstal	Antal kasser	Andel af medlemmer pct.
1 - 500	465	6
501 - 1.000	632	18
1.001 - 2.000	313	17
2.001 - 5.000	94	12
5.001 - 10.000	33	9
10.001 - 20.000	29	17
over 20.000	18	21

¹) Se side 115 ff.

For at få og beholde offentlig anerkendelse må en sygekasse som regel have mindst 200 medlemmer.

For at en sygekasse kan anerkendes, må dens vedtægt fastsætte en passende stedlig begrænsning for retten til at være medlem, eller den må være knyttet til et bestemt fag (handel, industri eller håndværk).

En sygekasse med stedlig begrænsning skal i reglen omfatte en kommune. Socialministeren kan dog tillade, at sygekasser omfatter to eller flere kommuner eller endog hele landet, ligesom det kan påbydes, at to eller flere kasser inden for samme stedlige område skal sammensluttes, når dette kan ske uden skade for kassernes medlemmer. Inden for vedkommende kommune må grænsen ikke uden socialministerens samtykke være snævrere end et sogn, medmindre der i sognet findes en bymæssig bebyggelse med mindst 1.000 indbyggere, eller de stedlige forhold nødvendiggør en snævrere grænse.

I København og i Frederiksberg kommune gennemførtes i 1949 en sammenslutning af en lang række sygekasser, der afløstes af 20 distriktssygekasser under »Sammenslutningen af københavnske sygekasser«. Medlemmer af den københavnske centralforening (»De samvirkende sygekasser i København«) er såvel de 20 distriktssygekasser som A-magerkommunernes 2 sygekasser og 14 fagkasser.

Om sygekassernes bestyrelsesforhold er visse regler fastsat i folkeforsikringsloven, medens de nærmere bestemmelser findes i de af direktoratet for sygekassevæsenet godkendte vedtægter for de enkelte sygekasser. I det følgende gives en oversigt over disse regler, således som de er udformet i de af direktoratet udarbejdede mønstervedtægter.

a) Sygekassernes bestyrelser

Antallet af bestyrelsesmedlemmer er ifølge mønstervedtægterne 7, medregnet formanden og næstformanden.

Valgene finder sted for 2 år, således at der hvert andet år vælges 4 og hvert andet år 3 medlemmer. Formanden og næstfor-

manden vælges direkte af henholdsvis generalforsamling eller repræsentantskab.

I hver af de københavnske distriktssygekasser består bestyrelsen af ialt 9 medlemmer. Der findes desuden en bestyrelse for sammenslutningen.

Vedtægterne kræver, at mindst halvdelen af bestyrelsens medlemmer skal være ubemidlede, nydende medlemmer af sygekassen.

b) Sygekassernes generalforsamlinger

I sygekasser uden repræsentantskab, jfr. nedenfor, afholdes en årlig ordinær generalforsamling.

c) Sygekassernes repræsentantskab

I de større sygekasser (d.v.s. i alt fald alle sygekasser med mindst 5.000 medlemmer), erstattes generalforsamlingen af et repræsentantskab. Dette vælges ved afstemning inden for lokalt afgrænsede områder, således at der i hvert område skal vælges mindst 4 repræsentanter. Antallet af repræsentanter afhænger af kassens størrelse. Det udgør fra 2 5 til 100 personer.

d) Forskellige kompetenceforhold

Formanden for bestyrelsen repræsenterer sygekassen, fører brevveksling og kvitterer for offentlige tilskud sammen med kassere- ren og endnu et bestyrelsesmedlem.

Næstformanden er stedfortræder for formanden.

De andre bestyrelsesmedlemmer virker i landsygekasser som kredsforstandere og fører som sådanne tilsyn med de syge.

Bestyrelsen ansætter det nødvendige personale.

Bestyrelsens opgaver: Bestyrelsen skal styre kassen efter bedste evne i overensstemmelse med folkeforsikringslovens bestemmelser, kassens vedtægt, generalforsamlingens (repræsentantskabets) beslutninger og direktoratet for sygekassevæsenets anvisninger. Omfanget af dens myndighed er begrænset, idet lovgivningen og statstilsynet griber ind. Den kan ikke på egen hånd vedtage ændringer i vedtægtens bestemmelser eller anvende dem på anden måde end fastsat. Den kan kun op-

kræve ekstrakontingent i situationer, hvor reservefonden er opbrugt, og den kan normalt heller ikke vedtage ydelser, der ikke er vedtægtsmæssigt hjemlet. Den er ansvarlig for tab påført kassen ved uvedtægtsmæssig ledelse, ligegyldighed og skødesløshed og har pligt til at foretage selvstændige uanmeldte kasseeftersyn. Dens medlemmer hæfter for de kassen ved bestyrelsens forsømmelse påførte tab.

Generalforsamlingen er den højeste myndighed i kassen, men er bundet af folkeforsikringslovens bestemmelser og kan ikke vedtage bestemmelser stridende mod disse eller træffe afgørelser på områder, der ved loven er henlagt under direktøren for sygekassevæsenet, socialministeriet eller det i folkeforsikringslovens § 8 omhandlede udvalg. Den kan heller ikke vedtage bestemmelser, der strider mod overenskomster med læger m. f. l. eller mod de af sygekassernes organisationer vedtagne bestemmelser om samvirke i forskellig retning. Af dens funktioner kan særlig fremhæves valg af bestyrelse og revisorer samt stedfortrædere, beslutning om vedtægtsændringer, herunder om omfanget af de ydelser, sygekassen ifølge folkeforsikringsloven er berettiget, men ikke forpligtet til at give dens medlemmer.

Med hensyn til *repræsentantskaber* gælder tilsvarende forhold som for generalforsamlinger.

2. Direktoratet for sygekassevæsenet

Direktoratet afgiver indstilling til socialministeriet om anerkendelse af sygekasser, godkender vedtægtsændringer og fører et almindeligt tilsyn med sygekasserne. Endvidere udøves der af direktoratet en vejledende og oplysende virksomhed over for sygekasserne. De fra kasserne indsendte årsregnskaber gennemgås af direktoratet, og der foretages med mellemrum lokalrevision af sygekassernes regnskabsvæsen. Direktoratet har pligt til at gribe ind, hvis en sygekasse ikke holder sig lovens eller vedtægternes forskrifter efterrettelig. I tvivlstilfælde træffer direktoratet afgørelse vedrørende et

medlems rettigheder over for forsikringen.

Hvert år udgives der af direktoratet en årsberetning indeholdende en redegørelse for direktoratets og sygekassernes virksomhed. Direktoratets afgørelser i henhold til folkeforsikringsloven kan indankes for socialministeriet, hvis afgørelse er endelig.

3. Sygekassenævnet

Ifølge folkeforsikringslovens § 30 vælger bestyrelserne for samtlige sygekasser for 4 år ad gangen 12 medlemmer til et nævn med direktøren for sygekassevæsenet som formand. Dette nævn sammenkaldes mindst én gang årligt til drøftelse af spørgsmål om sygekasserne. Det har som opgave at udarbejde overflytningsregler og give indstilling til regeringen om eventuelle overenskomster med fremmede stater om gensidig overflytning mellem staterne. Det indstiller til socialministeren, om anerkendelsen for en sygekasse skal bortfalde, når den uden direkte at overskride lovens forskrifter dog virker på en for sygekasseinstitutionen i dens helhed uheldig måde. For nævnet forelægges særligt vigtige spørgsmål om sygekassevæsenet, bl. a. ændringer i love, bekendtgørelser m. m. Forskellige steder i folkeforsikringsloven er nævnt sager, nævnet således skal tage stilling til.

Nævnets 12 medlemmer vælges gruppevis, således at bestyrelserne for de anerkendte sygekasser i København og på Frederiksberg vælger 2 medlemmer, bestyrelserne for sygekasserne på øerne, herunder Færøerne, vælger 4 medlemmer, og i Jylland vælges 6 medlemmer. I hver af de to sidste grupper skal være mindst én repræsentant for en købstadsygekasse og én for en landsygekasse uden bymæssig bebyggelse.

Valget gælder for 4 år. Stemmesedler tilsendes kasserne fra direktoratet for sygekassevæsenet.

Siden 1896 har nævnet foranlediget udgivet månedsbladet »*Sygekassetidende*«. Dette blad indeholder meddelelser fra direktoratet for sygekassevæsenet, sygekassernes samvirksomheds forretningsudvalg, central-

foreningerne, fortsættelsessygekasserne og deres samvirksomhed m. v. samt oplysninger om alle sygekasseforhold m. m., som har almindelig interesse og betydning for bestyrelserne.

4. Voldgiftsrådet for sygekasser og læger

I henhold til folkeforsikringslovens § 25 er der oprettet et råd bestående af en formand og 6 medlemmer samt 6 suppleanter, for hvilket tvistigheder mellem sygekasser og læger eller mellem sygekasser og jordemødre kan indankes. Af rådets medlemmer vælges 3 af de samvirkende sygekasse-centralforeninger og 3 af Den alm. danske Lægeforening; disse foreninger vælger desuden hver 3 suppleanter. Ved behandlingen af tvistigheder mellem sygekasser og jordemødre tiltrædes rådet af 3 af Den alm. danske Jordemoderforening valgte repræsentanter. Rådets kendelse er bindende for parterne, når kendelsen omhandler forståelse af indgåede overenskomster. I andre tilfælde er kendelsen kun bindende for parterne, såfremt de har været enige om at indbringe sagen for rådet. Har parterne ikke været enige herom, og nægter en af dem at bøje sig for kendelsen, afgives denne til socialministeren, der kan foretage yderligere skridt til konfliktens løsning og eventuelt offentligøre kendelsen.

5. Centralforeningerne

Sygekasserne har amtsvis sammensluttet sig i centralforeninger, hvoraf der ialt findes 18. For kasserne på Sjælland uden for København findes kun en forening, og for kasserne i Sønderjylland findes ligeledes kun en forening.

Disse foreningers formål er at vække og styrke interessen for kasserne hos staten, kommunerne og private institutioner, at tilvejebringe ensartethed i sygekassernes virkemåde, at være vejledende og rådgivende for de enkelte sygekasser og at afslutte overenskomster med læger, speciallæger, visse sygehuse etc. En sygekasse kan ikke selv afslutte sådanne overenskomster eller anden aftale uden godkendelse af centralforeningens be-

styrelse. Foreningerne afgør i første instans stridigheder mellem kasserne i overflytnings-sager. Endvidere driver foreningerne en vis forlagsvirksomhed med skemaer og blanketter og opretholder en vis genforsikringsvirksomhed for nogle sygebehandlingsudgifter.

På centralforeningernes generalforsamling stemmer sygekasserne i forhold til deres medlemstal. Generalforsamlingerne (eventuelt amtsforeningen) vælger formand og bestyrelse.

Centralforeningerne er sammensluttet i en hovedorganisation, »De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark«, hvis vedtægt indeholder en tilsvarende formålsangivelse som de enkelte foreningers vedtægter. Gennem et forretningsudvalg varetager samvirksomheden samtlige kassers interesser over for direktoratet, socialministeriet og folketinget og skrider endvidere ind, hvor kassernes almindelige interesser over for læger, tandlæger, jordemødre, massøser m. fl. måtte kræve det.

Centralforeningerne - såvel de lokale som samvirksomheden - varetager forskellige administrative opgaver, herunder gensidig forsikringsvirksomhed (kaution, tyveri, ran), de faglige organisationers sygelønsordninger (jfr. nærmere i kapitel 13) og drift af rekonvalescenthjem og fysiurgiske klinikker.

Samvirksomheden ledes af et repræsentantskab bestående af centralforeningernes formænd samt én repræsentant pr. 50.000 medlemmer; disse vælges af centralforeningernes bestyrelser. Repræsentantskabet vælger en formand samt 6 medlemmer til forretningsudvalget. Hvert 3. år afholdes et delegeretmøde, hvortil centralforeningerne vælger en repræsentant pr. 10.000 medlemmer, for medlemstal udover 50.000 dog en repræsentant pr. yderligere 20.000.

B. FORSIKRINGEN FOR BEMIDLEDE

1. Statskontrollerede syge foreninger (fortsættelsessygekajiser)

Der findes 18 fortsættelsessygekasser, som pr. 31. december 1957 havde 392.545 ny-

dende og 3.023 bidragydende medlemmer. For samme stedlige område kan kun godkendes én fortsættelsessygekasse.

Ifølge mønstervedtægten udgør antallet af bestyrelsesmedlemmer 5, der vælges for 2 år ad gangen. Det er i folkeforsikringsloven fastsat, at der i en fortsættelsessygekasses bestyrelse indtræder 1 repræsentant for den sammenslutning af sygekasser, i forbindelse med hvilken fortsættelsessygekassen virker; de 4 andre bestyrelsesmedlemmer vælges af repræsentantskabet blandt kassens medlemmer. Repræsentantskabet vælges ved valg i hver af de kredse, hvori kassens område er opdelt.

Fortsættelsessygekasserne er undergivet kontrol af staten, og tilsynet udøves gennem direktoratet for sygekassevæsenet.

2. Samvirksomheden

Fortsættelsessygekasserne er sammensluttet i »De samvirkende statskontrollerede Fortsættelsessygekasser i Danmark«, der udfolder en lignende koordinerende og repræsentativ virksomhed som de samvirkende centralforeninger for sygekasserne.

3. Afdelinger for bemidlede i statsanerkendte sygekasser

Ifølge folkeforsikringslovens § 35 kan anerkendte sygekasser, som ved lovens ikrafttræden den 1. oktober 1933 havde en afdeling for bemidlede nydende medlemmer, fremdeles opretholde denne afdeling, for så vidt den har mindst 15 medlemmer. Afdelingen er forpligtet til at optage alle medlemmer, som på grund af økonomiske forhold ikke kan forblive i sygekassen, og som søger optagelse i afdelingen.

I de sygekasser, som har afdelinger for bemidlede, nydende medlemmer, gælder stort set samme vedtægtsbestemmelser som i andre sygekasser, og der er alene til vedtægten knyttet et tillæg navnlig med bestemmelser om de bemidlede, nydende medlemmers rettigheder.

Antallet af kasser med afdelinger for bemidlede udgjorde ved udgangen af 1957

i hovedstaden 2, i provinsbyerne 2, i øernes landdistrikter 14 og i Jyllands landdistrikter 58, tilsammen 76. Afdelingerne havde 8.976 nydende medlemmer.

Hertil kommer de bemidlede, nydende medlemmer (ialt 3.780) i Statsbanepersonalets sygekasse, jfr. nedenfor.

C. STATSBANEPERSONALETS SYGEKASSE

Som berørt allerede foran i afsnit A og B indtager Statsbanepersonalets sygekasse på forskellige måder en særstilling inden for den offentlige sygeforsikring, og reglerne om denne kasse omtales derfor i det følgende nærmere. Af praktiske grunde gennemgås på nærværende sted alle de særlige regler om denne kasse, også dem, der går ud over det rent organisatoriske.

1. Medlemskreds

Ifølge lov af 27. marts 1934 om Statsbanepersonalets sygekasse kan som nydende medlemmer af denne kasse — uden hensyn til, om pågældende er ubemidlet i folkeforsikringslovens forstand - optages personer ansat under DSB samt disse personers hustruer (som indbefattet under mandens forsikring). Tillige omfatter forsikringen medlemmernes børn under 15 år. Der fastsættes særlige regler for ubemidlethed for denne kasses medlemmer; disse regler skal fastsættes således, at de i det væsentlige svarer til de regler, der gælder for de anerkendte sygekasser. Imellem de tidspunkter, hvor der foretages undersøgelser af hele medlemsbestandens økonomiske forhold, afgøres ubemidlethed i det væsentlige efter den lønningsklasse, hvori pågældende medlem er placeret.

For optagelse i sygekassen gælder ligesom i de anerkendte sygekasser den betingelse, at pågældende skal være arbejdsfør, dog at der som lægeattest benyttes den for ansættelse ved Statsbanerne krævede lægeerklæring, når optagelse sker umiddelbart efter ansættelsen.

2. Sygekassens område

Området for Statsbanepersonalets sygekasse er hele landet.

3. Medlemskontingent

Medlemmer, som er ansat som tjenestemænd m. m., aspiranter m. m. eller som time-lønnede fast ansatte, betaler en fastsat procent af den af Statsbanerne udbetalte løn (ca. IV2 pct.). Lærlinge betaler 1 kr. pr. uge. Pensionister betaler en fastsat procent af den løn, hvoraf pension m. m. er beregnet, og herudover et mindre månedligt beløb. Hertil svarende regler gælder også for andre grupper af medlemmer end de nævnte. Det årlige kontingent kan ikke overstige et i vedtægten fastsat beløb, i reglen 240 kr. Kontingentet kan af Statsbanerne indeholdes i løn, ventepenge eller understøttelse. Det gennemsnitlige kontingent pr. medlem var i finansåret 1957/58 89,13 kr.

4. Lægeordning

Samtlige nydende medlemmer har ret til fri lægehjælp ved særligt ansatte jernbanelæger samt øjen- og ørelægehjælp hos speciallæge. De kan anmelde, at de i stedet vil benytte privatantaget læge. Benyttes den nævnte adgang - hvilket ikke forekommer hyppigt - godtgør sygekassen en så stor del af honoraret til den private læge, som det beløb, der normalt skulle være betalt til en jernbanelæge for pågældende medlem. Om ansættelse af jernbanelæger gælder særlige overenskomster mellem sygekassen og lægeorganisationerne. Som vederlag til jernbanelægerne ydes der et fast årligt beløb pr. medlem, dette beløb svarer til det sædvanlige takst I-honorar i de anerkendte sygekasser, men med et tillæg i København og på Frederiksberg på 45 pct., i den øvrige del af landet på 33V3 pct. Tillægget ydes for bemidlede interessenter, skånebestemmelser, særlige ydelser og feriegodtgørelse. Da medlemmernes husstand som nævnt er indbefattet under forsikringen, ydes der for sådanne medlemmer dobbelthonorar. Herudover gælder der

regler om særlig betaling til jernbanelægerne for lægehjælp uden for de sædvanlige tidspunkter m. m. (ligesom i de anerkendte sygekasser), og der gælder regler om refusion af honoraret til andre læger, når det har været nødvendigt at søge sådan læge, fordi jernbanelægen ikke har kunnet træffes. Jernbanelægerne udfører også arbejde som tillidslæger for Statsbanerne.

5. Andre ydelser end lægehjælp

Sygekassen giver tilskud til *medicin* til samtlige dens medlemmer — også de bemidlede - efter samme regler som dem, der gælder for de anerkendte sygekassers ubemidlede, nydende medlemmer.

Endvidere yder sygekassen tilskud til samtlige nydende medlemmers *tandpleje*, også de bemidlede.

Herudover gælder lignende regler som i de anerkendte sygekasser.

6. Organisatoriske forhold

Sygekassen ledes af en bestyrelse bestående af en formand og 12 andre bestyrelsesmedlemmer. Formanden udpeges af DSB's generaldirektør. Af de 12 bestyrelsesmedlemmer vælges 10 af de ubemidlede og 2 af de bemidlede, nydende medlemmer. Såvel formanden som de andre bestyrelsesmedlemmer skal være nydende medlemmer af sygekassen.

7. Forholdet mellem Statsbanepersonalets sygekasse og den øvrige offentlige sygeforsikring

Medlemsskab af Statsbanepersonalets sygekasse opfylder de krav, der i folkeforsikringsloven er stillet om medlemsskab i anerkendt sygekasse eller fortsættelsesygekasse. Overflytning mellem de to systemer kan ske uanset alder eller helbredstilstand.

8. Statstilskud

Der ydes statstilskud efter samme regler som til de anerkendte sygekasser, men kun til de ubemidlede, nydende medlemmer af

sygekassen. Herudover yder staten et årligt fast tilskud på Statsbanernes budget, og Statsbanerne afholder lønningsudgifterne ved kassens administration.

De ubemidlede, nydende medlemmer af Statsbanepersonalets sygekasse har ligesom de anerkendte sygekassers nydende medlemmer ret til nedsættelse af sygehustaksten til det halve.

9. Offentligt tilsyn

Sygekassens overenskomster med læger m. fl. skal ligesom de anerkendte sygekassers godkendes af socialministeren. Sygekassen er

undergivet tilsyn af direktøren for sygekassevæsenet, som bl. a. også godkender kassens vedtægt.

10. Sygekassens størrelse

Ved udgangen af 1957 havde Statsbanepersonalets sygekasse 41.137 nydende medlemmer. Af disse var 37.357 ubemidlede, 3.780 var bemidlede, nydende medlemmer, og 109 var bidragydende. Kassens samlede indtægter udgjorde i finansåret 1957/58 5,1 mill. kr., og dens samlede udgifter udgjorde 4.9 mill. kr.

II. SAMMENLÆGNING AF SYGEKASSER

Som omtalt under I, er det folkeforsikringslovens hovedregel, at en sygekasse med stedlig begrænsning skal omfatte en kommune, men der er mulighed for at dispensere fra dette krav. Der kan endvidere anerkendes sygekasser, som er knyttet til et bestemt fag (handel, industri eller håndværk), uden at der behøver at være fastsat nogen bestemt stedlig afgrænsning. Pr. 31. december 1957 fandtes i hele landet ialt 1545 statsanerkendte sygekasser, medens der var ialt 1390 kommuner. Inden for flere kommuner virker således mere end én sygekasse.

For fortsættelsesygekassernes vedkommende kan der derimod kun godkendes én kasse for hvert stedligt område.

Det er kommissionens opfattelse, at en ordning, hvorefter flere statsanerkendte sygekasser kan virke inden for samme kommune, principielt ikke kan anses for rationel. Samarbejdet med kommunalbestyrelsen, f. eks. om inddrivelse af kontingentrestancer og om sygekassegrænsens overholdelse, vil lettes, når sygekassens område svarer til kommunens. Det er endvidere uheldigt, at flere sygekasser delvis søger deres medlemstilslutning inden for den samme kreds af personer. For Københavns og Frederiksberg kommuner gør der sig dog særlige forhold gældende, idet en enkelt sygekasse for hvert af disse

områder måtte være af en sådan størrelsesorden, at en administrativ opdeling måtte anses for naturlig. Problemet er derfor for de nævnte kommuners vedkommende i og for sig ordnet på en rationel måde ved den i 1949 gennemførte ordning, hvorved der blev oprettet særlige distriktssygekasser, hver omfattende en del af kommunen, der indbyrdes har en snæver økonomisk forbindelse.

Der er som tidligere nævnt allerede i den gældende lov (§ 3, stk. 2) hjemmel til, hvis det findes påkrævet, at påbyde, at to eller flere kasser inden for samme stedlige område skal sammenslutes. Kommissionen finder dog, at tiden nu er inde til, at det i loven principielt fastslås, at der for hver kommune (eventuelt bortset fra København og Frederiksberg) kun kan godkendes én sygekasse. Der bør dog gives en passende frist, således at lovens krav i så henseende senest skal være gennemført inden denne frist.

Statsbanepersonalets sygekasse bør som hidtil kunne virke over hele landet.

Som det fremgår af foranstående, finder kommissionen, at der er væsentlige fordele forbundet med overensstemmelse mellem sygekassens og kommunens område, og der er ikke i kommissionen stillet forslag om sammenlægning af sygekasser til at skulle omfatte et større område end en kommune.

Kommissionen har herved været opmærksom på, at den den 18. december 1958 under indenrigsministeriet nedsatte kommunallovskommission bl. a. har til opgave at udtale sig om spørgsmålet om en eventuel ændring af

kommuneinddelingen, hvilket spørgsmål efter det foran anførte også vil have konsekvenser med hensyn til sygekassernes stedlige afgrænsning.

III. SAMORDNINGSPROBLEMER

Administrationen af de foranstaltninger, der tager sigte på sygebehandling, sygdomsforebyggelse og økonomisk sikring mod følgerne af sygdom varetages af en række indbyrdes uafhængige myndigheder og organer. Denne opdeling af administrationen findes såvel på det lokale plan som i den centrale forvaltning.

Inden for de lokale områder varetages driften af de amts- eller købstadkommunale sygehuse af sygehusbestyrelsen, sygeforsikringen af sygekasser og fortsættelsesygekasser og husmoderafløsning og hjemmesygepleje af kommunerne, der dog kan overlade den daglige administration af disse ordninger til sygekasser eller private foreninger. Kommunerne medvirker endvidere ved opkrævning af kontingentrestancer fra sygekassernes bidragydende medlemmer. Lægernes interesser i de lokale områder varetages af lægekredsforeningerne.

Den centrale administration er delt mellem indenrigsministeriet som ansvarligt for sygehus- og sundhedsvæsenet og socialministeriet som ansvarligt for den offentlige sygeforsikring.

Sundhedsstyrelsen fører overtilsynet med sundheds- og sygeplejen - herunder indbefattet tandlæge-, jordemoder- og apoteker-væsenet - og er øverste rådgiver for det offentlige i alle forhold, der kræver lægekundig eller apotekerkundig indsigt, i hvilken egenskab styrelsen skal høres af centraladministrationens forskellige afdelinger i alle sager, hvis afgørelse af vedkommende ministerium skønnes at kræve en sådan indsigt.

I samarbejde med sundhedsstyrelsen virker sygehusrådet ved gennemførelsen af sygehusvæsenets fælles foranstaltninger til støtte

for de lokale sygehusmyndigheder bl. a. med den opgave at opnå en økonomisk god og forsvarlig drift med en så hensigtsmæssig og fuld udnyttelse af de enkelte sygehuse som muligt. Rådets formand beskikkes af indenrigsministeren. Af rådets øvrige medlemmer udpeges 1 af indenrigsministeren, 1 af finansministeren, 3 af Amtsrådsforeningen, 2 af Købstadforeningen og 1 af Københavns kommune.

Foran under I er omtalt de myndigheder og organer, der medvirker ved den centrale administration af den offentlige sygeforsikring.

Det har stået kommissionen klart, at det er af den største betydning at sikre den fornødne samordning af de respektive myndigheders og organers virksomhed såvel på det lokale som det centrale plan.

A. DET LOKALE SAMARBEJDE

1. Samvirke mellem sygekasser og kommuner

På en række områder er der berøringspunkter mellem sygekassernes og kommunernes administration. Medlemsbidrag fra bidragydende medlemmer, der ikke har betalt bidraget inden for den i kassens vedtægt fastsatte restancefrist, anmeldes af sygekassen for kommunalbestyrelsen, der som tidligere berørt lader bidraget opkræve og inddrive efter de om opkrævning af skat til kommunen gældende regler. Ved kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse finder der et vist samvirke sted mellem kommunerne og sygekasserne, jfr. nærmere nedenfor

under V²). Det kan endvidere som omtalt i kapitel 3³) nævnes, at kommunernes sociale udvalg må yde hjælp til trængende efter forsorgslovens regler i sygdomstilfælde, hvor sygekassens ydelser ikke dækker, og under visse omstændigheder hjælp til betaling af sygekassekontingent. Endelig er kommunernes virksomhed med hensyn til husmoderafløsning og hjemmesygepleje af særlig betydning for de institutioner, der berøres af sygekassernes virksomhed.

Som omtalt i kapitel 5⁴), mener kommissionen ikke at kunne gå ind for, at kommunerne skal overtage sygeforsikringens funktioner, men sygeforsikringen bør fortsat bygge på et system af selvstændige, offentligt kontrollerede sygekasser. Kommissionen vil derfor heller ikke kunne anbefale indførelse af en ordning som den i Sverige og Norge bestående, hvorefter hele sygekassens ledelse udpeges af kommunalbestyrelsen.

Kommissionen finder imidlertid at måtte tillægge spørgsmålet om den størst mulige koordinering en sådan betydning, at der bør indføres lovregler om kommunernes repræsentation i sygekassernes ledelse, således at der i ledelsen kommer personer med den opgave at repræsentere kommunernes synspunkter.

Kommissionen stiller derfor forslag om, at en fjerdedel - dog mindst 2 - af sygekassens bestyrelsesmedlemmer bør udpeges af kommunalbestyrelsen. For Københavns kommunes vedkommende forudsættes den kommunale repræsentation i sygekassebestyrelsen fastsat under hensyntagen til de særlige forhold, som gør sig gældende her.

De af kommunalbestyrelsen valgte bestyrelsesmedlemmer forudsættes at være stemmeberettigede på lige fod med de øvrige medlemmer af bestyrelsen.

2. Spørgsmålet om eventuel oprettelse af amtsudvalg

Det er, særlig af sundhedsstyrelsens repræsentant i kommissionen, fremhævet, at

2) Se side 127 ff.

8) Se side 37 f.

4) Se side 55 f.

samspelet mellem sygebehandlingen i hjemmet og sygebehandlingen på sygehuse rejser en række problemer, hvis rette løsning forudsætter kontakt og koordination mellem lokale organer og myndigheder. Den offentlige interesse i at undgå mindre påkrævede sygehusindlæggelser gør det således ønskeligt, at sygehuses apparatur og laboratorier i rimeligt omfang står til rådighed for områdets praktiserende læger med henblik på ambulante undersøgelser, og spørgsmålet om fastsættelse af takster for sådanne undersøgelser er derfor af væsentlig betydning. Endvidere er tilrettelæggelsen af husmoderafløsningen og hjemmesygeplejen en vigtig faktor i sygehuses bestræbelser for at forkorte indlæggelsestiden, således at den nødvendige efterbehandling i videst muligt omfang kan finde sted i hjemmet, og også disse ordninger kan derfor nævnes i denne forbindelse.

Blandt de i sygebehandlingen interesserede parter, hvis samvirken om spørgsmål af den nævnte art særlig er påkrævet, er især nævnt sygehusbestyrelserne, kommunerne, sygekassernes centralforeninger, lægekredsforeningerne og amtslægerne.

I kommissionen har der været stillet forslag om, at der inden for hvert amt nedsættes et *samarbejdsudvalg* med den opgave at koordinere og fremme samarbejdet mellem de i sygebehandlingen interesserede parter. Der er drøftet forskellige sammensætninger af et sådant udvalg og navnlig en udformning, hvorefter udvalget skulle nedsættes på amtmandens foranledning og skulle bestå af repræsentanter for de amts- og købstadkommunale sygehusmyndigheder, amtets sognerådsforening, sygekassernes centralforening, fortsættelsesygekassen, lægekredsforeningen samt amtslægen, der skulle fungere som udvalgets formand. Dette udvalgs opgave skulle være rådgivende over for myndigheder og foreninger i alle spørgsmål, der kræver forbindelse mellem disse myndigheder og foreninger for at fremme det såvel sygebehandlingsmæssigt som økonomisk mest hensigtsmæssige samarbejde mellem sygebehandling i sygehus og sygebehandling uden for sygehus. De interesserede myndig-

heder og foreninger burde indhente dette udvalgs vurdering og udtalelse i spørgsmål, der er af fælles interesse for sygebehandlingen, f. eks. spørgsmål om sygehusenes takster for ambulansedyntelse af deres laboratorier. Udvalget skulle også selv kunne stille forslag om det nævnte samarbejde over for de ansvarlige myndigheder. Til forslaget knyttes tillige forslag om, at et sådant amtsudvalg skulle kunne forelægge spørgsmål af principiel betydning og almen interesse eller tvivlsspørgsmål for sygehusrådet, jfr. herom nedenfor under afsnit B, hvor det hertil knyttede forslag om udbygning af sygehusrådet omtales nærmere.

I kommissionen har der været enighed om betydningen af, at der sikres det snævrere mulige samarbejde mellem de myndigheder og institutioner, som har opgaver på disse områder. Fra sygekassernes repræsentanter i kommissionen er det fremhævet, at sygekassecentralforeningerne giver tilstrækkelig mulighed for at varetage disse opgaver på lokal basis (amtsbasis). Heroverfor er fra anden side fremhævet, at opbygningen af de lokale fællesorganer ikke alle følger amtsgrænserne, idet der ikke for hvert amt særskilt findes f. eks. en centralforening af sygekasser, en fortsættelsessygekasse, en lægekredsforening, en sygehusbestyrelse, og at dette vanskeliggør en koordination ved hjælp af de eksisterende organer.

Resultatet af kommissionens drøftelser er blevet, at der ikke stilles forslag om oprettelse af særlige amtsudvalg som nævnt. Man har herved lagt vægt på, at der allerede på det bestående grundlag er en voksende erkendelse af det lokale samarbejdes betydning, og man har endvidere lagt vægt på den principielle opfattelse, at der bør udvises tilbageholdenhed med oprettelse af nye administrative organer, når der ikke er fuldstændig klarhed over de opgaver, der bør henlægges til et sådant organ.

Kommissionen finder dog anledning til at pege på den mulighed, at der senere eventuelt oprettes amtsudvalg, såfremt problemer vedrørende det lokale samarbejde måtte gøre dette aktuelt.

B. DEN CENTRALE ADMINISTRATION

1. Spørgsmålet om eventuel oprettelse af et centralt samarbejdsudvalg

Den opdeling mellem den centrale administration af henholdsvis sundhedsvæsenet og sygeforsikringen, som er berørt ovenfor, har gjort det naturligt at rejse spørgsmålet, om der på dette område måtte være behov for særlige foranstaltninger for at sikre den fornødne koordination. Det er samtidig overvejet, om der måtte være trang til gennemførelse af reformer med henblik på det samvirke, der finder sted indbyrdes mellem myndigheder og organer, der beskæftiger sig specielt med sygeforsikringsforhold.

I kommissionen er drøftet forskellige udkast til bestemmelser om et landsorgan til varetagelse af de her omtalte problemer.

Et af disse forslag gik ud på oprettelse af et *nævn* med repræsentanter for sygekasser, fortsættelsessygekasser, lægeforeningen, sygehusforeningen, Københavns kommune, de kommunale organisationer samt med direktøren for sygekassevæsenet som medlem og 3 medlemmer udpeget af henholdsvis socialministeren, indenrigsministeren og sundhedsstyrelsen. Et sådant nævn kunne til opgave have at følge udviklingen inden for sygebehandlingen og at fremkomme med udtalelser og henstillinger over for vedkommende styrelser og organer, idet nævnet herved burde være opmærksom på spørgsmålet om at fremme samarbejdet mellem de organer, der varetager opgaver på dette område, såsom offentlige myndigheder, sygehusvæsenet, sygekasser og fortsættelsessygekasser og læger m. m. Nævnet skulle samarbejde med sygehusrådet.

Et sådant nævn ville imidlertid blive meget stort, og der kunne endda rejses spørgsmål om repræsentation for yderligere organer i det. I kommissionen har der fra forskellig side været ængstelse for, at dets virksomhed ikke ville blive særlig effektivt.

Som spørgsmål, der eventuelt kunne behandles i nævnet, er fremdraget de principielle bestemmelser om lægeordningen, her-

under speciallægeordningen i lægeoverenskomsterne, spørgsmålene om affattelse af mønstervedtægter og spørgsmålene om sygehustakster m. v.

Et andet forslag, der er drøftet, gik ud på en udbygning af *sygehusrådet*. Dette forslag stod i forbindelse med det foran under A omtalte forslag om amtsudvalg, idet der i forbindelse dermed forudsattes regler om, at amtsudvalgene kunne forelægge spørgsmål af principiel betydning og almen interesse eller spørgsmål, hvorom udvalget var i tvivl, til behandling i sygehusrådet. Denne forelæggelse skulle ske gennem sundhedsstyrelsen, og sygehusrådet skulle ved behandlingen af disse spørgsmål suppleres med formanden for De samvirkende Centralforeninger af sygekasser i Danmark og formanden for Den alm. danske Lægeforening samt en repræsentant for socialministeriet.

Endelig er der i kommissionen stillet forslag om en omdannelse af det nuværende *sygekassenævn*, således at der i stedet for dette oprettedes et råd, hvortil sygekasserne udpeger 3 medlemmer, lægeforeningen 2 medlemmer, sygehusforeningen 1 medlem, de kommunale organisationer hver 1 medlem, socialministeren 1 medlem og indenrigsministeren 1 medlem. Formanden skulle udpeges af socialministeren. Til rådet skulle kunne tilkaldes sagkyndige fra Tandlægeforeningen og Jordemoderforeningen og eventuelt andre institutioner m. m.

Der har været enighed om, at intet af disse forslag burde fremmes, idet man bl. a. ikke har kunnet udpege bestemte egnede opgaver for sådanne centrale organer. Kommissionen har også haft opmærksomheden henvendt på, at den omstændighed, at sundhedsvæsenet og sygekassevæsenet sorterer under forskellige ansvarlige ministre, ville kunne medføre vanskeligheder med hensyn til et centralt organs placering og kompetence i forhold til de ansvarlige ministre. Uanset at der således intet forslag stilles om oprettelse af centrale organer, henstiller kommissionen dog, at udviklingen følges med henblik på en eventuel senere fornyet overvejelse af

problemerne vedrørende det centrale samarbejde.

Et mindretal (Henning Friis og Johs. Christiansen) finder, at den nuværende administrative opdeling af sundhedsvæsenets organisation er uhensigtsmæssig. Ansvar for befolkningens forsyning med praktiserende læger og specialister ligger i væsentlig grad i sygekassernes hånd, medens ansvaret for sygehuse, hospitalerne for sindslidende, særfor sorgen, hjemmesygeplejen, jordemødre, apotekerne og det forebyggende sundhedsvæsen ligger hos kommunerne og forskellige statslige myndigheder. Under hensyn til de store midler, der nu anvendes til sygdomsforebyggelse og sygdomsbehandling og den nøje forbindelse, der må være mellem de forskellige sider af sundhedsvæsenet, forekommer det mindretallet nødvendigt, at man snarest får tilvejebragt en fælles centralledelse af sundhedsvæsenet og et fastere lokalt samarbejde.

2. Ophævelse af sygekassenævnet

Kommissionen har i forbindelse med de nævnte spørgsmål drøftet, hvorvidt der fortsat måtte være tilstrækkelig begrundelse for at opretholde sygekassenævnet, jfr. om dette nærmere ovenfor under I.A.3⁵). Nævnet har i de senere år i det væsentlige begrænset sig til at behandle spørgsmålet om overflytning mellem sygekasser og indstillinger vedrørende fastsættelsen af sygekassegrænsen. Andre spørgsmål af fælles betydning for sygekasserne forhandles i praksis mellem direktøren for sygekassevæsenet og forretningsudvalget for »De samvirkende Centralforeninger af sygekasser i Danmark«.

Såvel direktøren for sygekassevæsenet som sygekassernes repræsentanter har i kommissionen givet udtryk for, at den nævnte form for direkte samarbejde har reduceret sygekassenævnets betydning som forum for principielle drøftelser af sygekasseforhold, og kommissionen finder herefter at kunne gå ind for, at sygekassenævnet ophæves.

Da spørgsmålene om *overflytningssager*

⁵) Se side 113 f.

rent faktisk er behandlet i et mindre udvalg nedsat af sygekassenævnet, vil kommissionen dog finde det naturligt, at der skabes hjemmel til oprettelse af et *særligt (mindre) ud-*

valg til støtte for direktøren for sygekassevæsenet i den fortsatte administration af dette område.

IV. AFDELINGER FOR BEMIDLEDE, NYDENDE MEDLEMMER

Kommissionen har drøftet, om der til erstatning for de nuværende fortsættelsessygekasser bør tilstræbes en udvikling henimod, at de bemidledes sygeforsikring organiseres gennem særlige afdelinger for bemidlede i de statsanerkendte sygekasser.

Som nævnt foran i afsnit I.B.3⁶⁾, findes sådanne afdelinger kun ved få sygekasser, og det samlede antal bemidlede, nydende medlemmer var i 1957 kun 8.976. Gennemgående drejer det sig om ret små afdelinger, idet kun 7 af dem har over 200 medlemmer. De bemidlede afdelinger kan ikke give deres medlemmer større ret end fortsættelsessygekassemedlemmerne, og de modtager ligesom disse kasser ikke statstilskud. Medlemmerne skal betale samme kontingent som de ubemidlede, nydende medlemmer med tillæg af et særligt medlemsbidrag, der mindst skal være af samme størrelse som det offentlige tilskud, sygekassen oppebærer pr. ubemidlet medlem. Afdelingernes ydelser er begrænset af den regel, at ydelsen pr. bemidlet medlem aldrig kan blive større end pr. ubemidlet medlem, og de bemidlede, nydende medlemmer kan således ikke få ret til andre eller større ydelser end de ubemidlede, nydende medlemmer. Hertil kommer, at de bemidlede medlemmer f. eks. ikke har adgang til den nedsættelse af sygehustaksten til det halve, som gælder for ubemidlede medlemmer, og der er ikke indgået overenskomster mellem de bemidlede afdelinger og lægerne om lægehonorarernes størrelse. Afdelingerne kan kun optage medlemmer, der overføres fra vedkommende sygekasses ubemidlede afdeling, men der kan ikke finde direkte optagelse

⁶⁾ Se side 115.

sted. En sygekasses ubemidlede og bemidlede afdeling er en økonomisk helhed, således at kassens formue er fælles for begge afdelinger. Der føres dog særskilt regnskab for hver af afdelingerne, og direktoratet for sygekassevæsenet påser, at de bemidlede medlemmers kontingent er tilstrækkeligt til at dække udgifterne for disse medlemmer. Det forekommer kun sjældent, at der er underskud i en sådan afdeling, og hvis det forekommer, foranlediger direktoratet kontingentforhøjelse gennemført. Der forekommer ofte overskud, som indgår i sygekassens formue, hvorved der med andre ord faktisk finder en forbedring sted af de ubemidlede, nydende medlemmers forhold.

Siden 1928 har nye bemidlede afdelinger ikke kunnet oprettes, jfr. nu folkeforsikringslovens § 35.

Et medlem af kommissionen (Niels Mørk) har foreslået, at en sygekassegrænse bevares, men at systemet under en sådan ordning udformes på den måde, at alle får mulighed for at være medlem af sygekasserne, og således at disse kasser opretter to forskellige afdelinger, henholdsvis for nydende medlemmer under og over grænsen, medens man ophæver den hidtidige opdeling i to forskellige slags forsikringsorganer.

Dette forslag skulle herefter indeholde følgende:

1. Ophævelse af fortsatte Isessygekasseræe

En sådan ophævelse måtte gennemføres med en nærmere fastsat afviklingstid, så medlemmerne i denne tid successivt kunne overføres til de statsanerkendte sygekasser.

2. De statsanerkendte sygekassers fremtidige inddeling med 3 medlemsgrupper

A-medlemmer: Nydende, under grænsen.

Til sådanne medlemmer forudsættes *lægehjælpen* ydet som hidtil ifølge overenskomst mellem sygekasserne og lægeorganisationerne. (*Herudover* samme ydelser som hidtil givet af sygekasserne til deres ubemidlede, nydende medlemmer).

B-medlemmer: Nydende, over grænsen.

Til disse medlemmer forudsættes *lægehjælpen* ydet efter et refusionssystem ligesom hidtil for fortsættelsessygekassemedlemmerne, men dog herunder tillige med særlige regler om speciallægehjælp. *Herudover* forudsættes ydet samme ydelser som til A-medlemmerne (d. v. s. tandlægehjælp, sygehusudgifter m. m. (betalt efter det stedlige sygehus's takstregulativ for indenamtspatienter; kautio fra sygekassen), rekonvalescenthjem, medicin, barselhjælp, dagpenge, briller, bind, bandager m. v., massage, bade m. v., begravelseshjælp, hjemmesygepleje).

For B-medlemmerne foreslås ydet samme statstilskud pr. medlem som til A-medlemmerne (hidtil 5,- kr. årlig pr. medlem). Endvidere foreslås samme statstilskud til livsvigtig medicin og til dagpenge som til A-medlemmerne, medens der ikke foreslås ydet statstilskud til udgifterne vedrørende B-medlemmernes lægehjælp, sygehusophold m. m. B-medlemmernes forsikring skal hvile i sig selv.

Spørgsmålet om *fribefordring* for B-medlemmerne til og fra sygehus kan ordnes ved, at sygekassecentralforeningerne søger tegnet en kollektiv forsikring med redningskorpse.

C-medlemmer: Bidragydende medlemmer, jfr. herom foran i kapitel 7 om ophævelse af helbreds- og aldersbetingelser.

3. Udligningsordning for B-medlemmer

Da antallet af B-medlemmer i de enkelte sygekasser ofte vil blive meget lille, og da

økonomien (indtægter og udgifter) som nævnt forudsættes at være særskilt for A-medlemmer og for B-medlemmer, vil det være påkrævet, at der indføres en udligning for B-medlemmerne mellem de forskellige kasser inden for et større område.

Denne udligning foreslås knyttet til sygekassecentralforeningen, således at hver centralforening opretter en udligningsfond, hvortil de enkelte sygekasser i deres område indbetaler overskud på deres B-medlemmer, og hvorfra de får dækket underskud på deres B-medlemmer.

Som led i etableringen af denne udligningsordning og den foran under afsnit 1 nævnte ophævelse af fortsættelsessygekasserne optages der med disse kassers ledelse en forhandling dels om formen for en overdragelse af kassernes formue til vedkommende centralforening, dels om, på hvilken måde formuen bedst muligt sikres fortsættelsessygekassernes hidtidige medlemskreds.

Det formenes, at administrationen af udligningsordningen kan tilrettelægges, således at arbejdet hermed - selv for de store centralforeningers vedkommende — kan udføres af én funktionær i løbet af 8-14 dage.

4. Begrundelse for forslaget

Ved et forslag som det skitserede opnås, at *alle bliver medlemmer af samme sygekasse*, nemlig den lokale, og at man sikrer A-medlemmer og B-medlemmer samme hjælp (alene med den hidtidige forskel i formen for lægehjælp). Som følge af forskellen i statstilskudsordningen (for lægehjælp m. v.) må B-medlemmerne dog betale et højere kontingent.

Ved oprettelsen af udligningsordningen opnås for *medlemmerne* tillige, at B-medlemmerne kan få lige stor hjælp i alle sygekasser, uanset kassens størrelse og beliggenhed, idet man undgår den lokale begrænsning til de midler, der står til rådighed for B-medlemmer i hver kasse, og man opnår, at også kontingentet bliver ensartet for alle B-medlemmer inden for hele centralforeningens område, d. v. s., at man undgår de for-

skelle i kontingentets størrelse, der ellers kunne risikeres på grund af det lille antal medlemmer, der kan være i enkelte kasser. For *sygekasserne* opnås ved udligningen sikkerhed mod forsikringsmæssige belastninger på grund af et lille antal B-medlemmer.

Forslaget indeholder, at *sygehjælpen* — med bevarelse af forskellen mellem fri lægehjælp og refusionshjælp - *bliver lige dækkende* for A- og B-medlemmer, medens fortsættelsessygekasserne hidtil har givet færre ydelser end sygekasserne.

Endvidere bevares *den personlige kontakt mellem medlemmer og ledelse* bedre ved medlemsskab i en lokal kasse.

Det *administrative* arbejde lettes ved, at overflytninger mellem sygekasser og fortsættelsessygekasser undgås, og der skal alene foretages en registrering af medlemsskabets ændrede karakter inden for samme sygekasse. Når denne ændring således blot bliver en registrering inden for en bestemt kasse, beliggende i pågældendes hjemstedskommune, vil det være praktisk gørligt at indrette automatisk overgang mellem de 2 medlemsgrupper, således at ingen kan forblive A-medlemmer, hvis de er over grænsen, og ingen kan forblive B-medlemmer, hvis de er under grænsen. Denne automatiske ordning må opnås ved samarbejde med skattemyndighederne, som må have pligt til hvert år efter endt skatteligning at meddele kasserne, hvilke personer der er over den fastsatte grænse for at være A-medlemmer. Sådanne medlemmer overføres herefter automatisk til B-medlemmer, ligesom B-medlemmer, der ikke forekommer på skattemyndighedernes lister, automatisk føres tilbage som A-medlemmer. Man vil herefter kunne ophæve de særlige § 8-udvalg til afgørelse af ubemidlethed.

Systemets administrationsudgifter vil blive mindre end de hidtidige.

5. Lovmæssige og vedtægtsmæssige konsekvenser af forslaget

I *jolkeforsikringsloven* må foretages forskellige ændringer som følge af, at sondrin-

gen mellem ubemidlede og nydende medlemmer kan slettes. Herefter udgår ordet »sygeforening«, og afsnittet i lovens kapitel 13, § 35, om afdelinger for bemidlede ændres og flyttes til lovens kapitel 2 mellem §§ 10 og 11, således at de bemidlede kommer til at udgøre den foran omtalte medlemsgruppe, B-medlemmerne, og således at der indføres en opdeling af medlemsgrupperne svarende til foranstående. Endvidere må reglerne om ydelser og statstilskud omskrives.

Vedtægtsbestemmelserne om B-medlemmerne må være ens i alle sygekasser inden for samme centralforenings område og må omfatte regler om sygehjælps omfang, herunder refusionsregler vedrørende lægehjælpen, og om kontingentets størrelse.

For refusionen af *lægehjælpen* til B-medlemmerne må fastsættes nærmere takster. Endvidere må fastsættes bestemmelser om refusionen af speciallægehjælp, eventuelt med maksimum for refusionen heraf.

I forhold til medlemmerne må sygeforsikringens *andre ydelser*, d. v. s. tandlægehjælp, sygehushjælp, rekonvalescentophold, medicinhjælp, barselhjælp, dagpengehjælp, hjælp til briller, bind, bandager, massage, bade m. m., begravelseshjælp og hjemmesygepleje som nævnt foran under 2 ydes efter samme regler til såvel A- som B-medlemmer. For sygehusudgifterne bemærkes ganske vist, at forslaget ikke forudsætter ændring i den gældende regel om højere betalingstakst for andre end for sygekassernes A-medlemmer; B-medlemmernes forsikring belastes derfor med en højere udgift hertil, hvilket imidlertid alene giver sig udslag i kontingentet.

Kontingentet må som nævnt være ens i alle B-afdelinger inden for en centralforenings område og må derfor fastsættes af centralforeningen, jfr. nærmere nedenfor under 6. b) om dets beregning.

Der må gives B-medlemmerne *stemmeret* til kassernes organer på en sådan måde, at de selv kan have indflydelse på de særlige forhold vedrørende deres forsikring.

6. Enkeltheder om den administrative organisation af nyordningen

a) Regnskabsvæsen i sygekasserne

Det daglige regnskab forudsættes ført under ét, dog således at indtægter og udgifter for B-medlemmerne føres på særlige blade. Regnskabet aflægges samlet for de to afdelinger, men ved regnskabsafslutningen aflægges et oversigtsregnskab over B-afdelingens drift (d. v. s., ligesom tilfældet er nu i de bemidlede afdelinger i sygekasser, hvor sådanne findes).

b) Kontingentets beregning

B-medlemmernes kontingent skal som foran nævnt være ens i alle B-afdelinger inden for samme område og skal fastsættes af centralforeningen. Det må udregnes, således at der betales et grundkontingent svarende til det gennemsnitlige kontingent for samtlige A-medlemmer i området og herudover et tillægskontingent, f. eks. en vis procent af grundkontingentet, svarende til forskellen i de offentlige tilskud og til merudgiften som følge af, at sygehustaksterne ikke for B-medlemmerne nedsættes til det halve. Herudover må tillægges et vist mindre beløb til henlæggelse til udligningsordningen.

Hverken over for sygekasserne eller B-medlemmerne foretages nogen opdeling af kontingentet i dets fornævnte enkelte bestanddele, men det må fremtræde som et samlet beløb.

c) Administrationsgodtgørelse til sygekasserne for **B-medlemmerne**

Der bør fastsættes en administrationsgodtgørelse til sygekasserne for B-medlemmerne, enten beregnet med en vis procent af sygekassens kontingentindtægt fra disse medlemmer eller med et fast beløb pr. B-medlem eller eventuelt med en kombination af begge dele. Formentlig må det foretrækkes at fastsætte et bestemt beløb pr. B-medlem, da dette beløb ikke påvirkes af stigninger i indtægten, som ikke øger administrationsbyrden. Beløbet bør fastsættes af centralforeningen. Eventuelt kan det overvejes yderligere at tillægge

de administrerende sygekasser en vis andel i overskuddet på B-medlemmerne, således at dette beløb overføres enten til sygekassens almindelige formue eller til en særlig hjælpefond.

d) Afregning med centralforeningen

Afregning forudsættes foretaget én gang årligt ved regnskabet afslutning, således at sygekassen foretager en enkel opgørelse af dens samlede indtægter vedrørende B-medlemmer med fradrag af dens samlede udgifter til sådanne medlemmer og den administrationsgodtgørelse (og eventuelt den fornævnte andel i overskud), der tilkommer kassen. Et eventuelt overskud ved denne beregning indbetales til centralforeningens udligningsfond, medens et eventuelt underskud dækkes af samme fond.

e) Centralforeningens udligningsordning

Ud over de bemærkninger, der foran er gjort om denne udligningsfond, gøres der ikke her bemærkninger om enkeltheder i organisationen af denne fond.

f) Oprettelse af afdelingerne for B-medlemmerne

Der er over for kommissionen peget på, at der må sørges for standardisering af de forskellige blanketter, herunder vedtægstillægsblade, kontingentbøger og kartotekskort. Endvidere er påpeget, at fortsættelsessygekasserne vil være i stand til at forsyne sygekasserne med det fornødne materiale, herunder udfyldte blanketter af den nævnte art, således at de enkelte sygekasser ved nyordningens ikrafttræden alene skal føre B-medlemmerne ind på rette sted i bøgerne. Det forudsættes tillige, at sygekasserne heller ikke skal have udgifter til materialet til B-afdelingerne ved disses oprettelse, hvorfor eventuelle udgifter hertil foreslås afholdt af statskassen.

7. Økonomiske konsekvenser af forslaget

Foran i kapitel 7 stilles forslag om ophævelse af helbreds- og aldersbetingelser og af begrænsningen i varigheden af sygeforsikringens ydelser. Det nævnes der, at sygekassernes heraf forvoldte merudgifter

må forventes at ville blive modsvaret af en indtægtsforøgelse ved, at de bidragydende medlemmers kontingent forhøjes væsentligt som led i forslagene.

Ved en beregning af de økonomiske virkninger af forslaget om afdelinger for B-medlemmer kan derfor bortses fra de nævnte andre ændringer, som foreslås af kommissionen.

Tillige kan bortses fra de forslag, der — nedenfor i kapitel 13 - stilles om en forbedring af dagpengeordningen, idet disse forslag kan behandles uafhængigt af nærværende forslag (og iøvrigt i sig selv indeholder, at der ikke på dette område skal gøres forskel på ordningen for personer under og over grænsen).

Antallet af B-medlemmer vil formentlig svare til antallet af nuværende fortsættelses-sygekassemedlemmer, d. v. s. knap 400.000, og det vil i al fald næppe kunne blive over ca. 500.000. Det faste tilskud på 5 kr. årlig pr. medlem vil derfor give en *merudgift for statskassen på ca. 2 mill. kr.*, eventuelt noget højere, men i al fald *højst ca. 2,5 mill. kr.*

Det foreslåede statstilskud til livsvigtige præparater vil blive modsvaret af, at et lige så stort tilskud, der hidtil er ydet af apotekerfondens midler, bortfalder, og midlerne herfra vil derfor stå til rådighed til anden anvendelse. For finansåret 1958/59 udgjorde dette tilskud ialt ca. 2,5 mill. kr. (ydet til alle der ikke var ubemidlede, nydende medlemmer af sygekasse, d. v. s. stort set til de fremtidige B-medlemmer).

8. Kommissionens drøftelser

En række af kommissionens medlemmer (Niels Mørk, Ayoë Herbøl, Woldhardt Madsen, Edel Saunte, Carl P. Jensen, Chr. Nielsen) har givet udtryk for deres tilslutning til det nævnte forslag. Det samme gælder andre medlemmer (Johs. Christiansen, Henning Friis, F. M. Hartmann) under hensyn til, at den af disse i kapitel 8⁷⁾ foreslåede ophævelse af sygekassegrænsen næppe gennemføres på nærværende tidspunkt. An-

⁷⁾ Se side 106 ff.

dre medlemmer (Jørgen Krogh, Erik Ninn-Hansen, P. J. Pedersen, Godtfred Knudsen, Niels Hansen, H. C. Larsen) har taget afstand fra forslaget.

Sygekassernes repræsentanter har anført, at det væsentligste for dem er, at man også fremtidig har et system, hvorefter sygekassegrænsen bevares, og at de ikke mener sig i stand til at vurdere den psykologiske værdi af, at man uanset indtægtsstigning kan blive stående som medlemmer af sygekassen. Samtidig har de med hensyn til den tekniske side af forslaget henledt opmærksomheden på, at forskel mellem ydelsens karakter for A- og B-medlemmer vil opstå ikke alene for lægehjælpens vedkommende, men også for de andre ydelser, for hvilke der gælder overenskomst, navnlig behandling hos tandlæger, jordemødre og fysioterapeuter. Endvidere har sygekasserepræsentanterne udtrykt betænkelighed ved den foreslåede udligningsordning for B-medlemmerne, der vil svække de enkelte kassers interesse i en økonomisk administration med hensyn til disse medlemmer samtidig med, at det vil være vanskeligt at gennemføre en effektiv kontrol med det lokale skøn. Når ydelserne for B-medlemmerne skal være de samme inden for centralsygeforeningens område, vil der desuden opstå en skævhed i forhold til A-medlemmerne, der kun har adgang til de frivillige ydelser, som den lokale sygekasse efter sin vedtægt yder. Hvis det forhøjede kontingent bliver det samme for samtlige B-medlemmer inden for centralsygeforeningens område, og ordningen administreres efter samme retningslinier inden for hele dette område, synes B-medlemmerne iøvrigt ikke at kunne have interesse i at have stemmeret i den lokale sygekasse. Fra sygekassernes side ville man foretrække en ordning, hvorefter A- og B-medlemmerne fik samme frivillige ydelser, og hvorved man undgik en udligningsordning på amtsbasis, således at man eventuelt i stedet modvirkede forsikringsmæssige udsving ved udligning mellem A- og B-medlemmer inden for samme kasse.

Fortsættelsesygekassernes repræsentant har henvist til, at der historisk set ikke er

tale om en nyskabelse, idet de bemidlede oprindeligt stod som medlemmer af sygekasserne, og det var sygekasserne selv, der tog initiativet til dannelse af særlige forsikringsorganer for bemidlede. Efter hans opfattelse er der ikke grundlag for en tvangsmæssig tilbageføring af denne persongruppe til sygekasserne. Han har i denne forbindelse påpeget, at fortsættelsesygekasserne råder over en formue på 25 mill. kr., og at der næppe er juridisk grundlag for at disponere over denne formue, som foreslået i forslaget. Sygekasserne og de nuværende fortsættelsesygekasser er tilsluttet »Danske sygekassers udligningskasse for Begravelseshjælp«, og også denne kasse råder over en meget betydelig formue, der må anses at tilhøre de nuværende medlemmer. Gennemførelsen af den foreslåede ordning støder således efter dette medlems opfattelse på en række hindringer af juridisk karakter.

Lægeforeningens repræsentanter har udtrykt ængstelse for, at den foreslåede ordning måtte være det første skridt på vejen bort fra det frivillighedens princip, den nuværende ordning hviler på. Lægeforeningens repræsentanter forbeholder sig iøvrigt deres

stilling, indtil forslaget har været drøftet i lægernes kompetente forsamlinger.

Et medlem (Alice Bruun) deler sygekassernes betænkelighed ved den foreslåede udligningsordning, som næppe skulle være nødvendig. De bestående bemidlede afdelinger i sygekasserne har hidtil kunnet klare sig, idet direktoratet for sygekassevæsenet påser, at medlemskontingentet fastsættes således, at det dækker et eventuelt underskud fra det forløbne år. Man må efter forslaget imødesee en betydelig administrativ udbygning af centralforeningerne. Iøvrigt kan det betyde en indskrænkning af sygekassernes selvbestemmelsesret, at en del af deres medlemmer henhører under en gren af forsikringen, for hvilken centralforeningen træffer bestemmelse.

Et andet medlem (Johs. Frandsen) er ligeledes opmærksom på, at forslaget indebærer et brud med frivillighedsprincippet, men finder ikke, at der af sundhedsmæssige grunde kan rejses indvendinger mod at ændre den bestående ordning med fortsættelsesygekasser til et andet system under forudsætning af, at forholdene ikke derved forringes for det almindelige sygekassemedlem.

V. KONTROLLEN MED SYGEKASSEGRÆSENS OVERHOLDELSE

Kommissionen har overvejet, om der kan foretages forenklinger af kontrollen med, hvilke personer der efter deres økonomiske stilling kan optages i eller forblive stående som ubemidlede, nydende medlemmer af sygekasserne.

Ifølge reglerne i folkeforsikringslovens § 8 skal dette spørgsmål i tvivlstilfælde forelægges et udvalg, bestående af et af kommunalbestyrelsen valgt medlem, der ikke må være nydende medlem af sygekassen, et af kassens bestyrelse valgt medlem og en læge med sygekassepraksis, valgt af stedets kommunalbestyrelse. Udvalgets beslutning indsendes til direktøren for sygekassevæsenet, der træffer bestemmelse om, hvorvidt den kan tiltrædes.

Ved beslutningen berøres således følgende

administrative organer: Kommunerne (udvalget), sygekasserne og sygekassedirektoratet og senere eventuelt fortsættelsesygekasserne, såfremt medlemmer overføres hertil.

I 1956 blev ialt 32.519 personer anset for bemidlede. Tallet fordeler sig således på kommune grupper:

i hovedstaden...	4.677
i provinsbyerne .	12.885
i landdistrikterne	14.957
tilsammen	32.519

Af disse har ca. 6.100 ikke været underkastet bedømmelse af udvalget, fordi de enten selv har begæret deres ret som ubemidlede, nydende medlemmer bragt til ophør eller har bøjet sig for sygekassens afgørelse om, at de ikke længere var ubemidlede.

Til sammenligning skal vises en oversigt over det samlede antal ekspeditioner i sygekasserne vedrørende tilgang og afgang af nydende medlemmer i 1956:

Tabel 16. Til gang og afgang af nydende medlemmer i sygekasserne i 1956^a).

	Tilgang	Afgang
Optaget/slettede og døde . .	73.756	38.673
Overført fra/til bidragydende	42.895	45.509
Overført fra/til fortsættelsesygekasser	20.827	28.001
Tilflyttet fra til sygekasser .	347.915	348.627
Ialt	485.393	460.810

a) Beretning fra De samvirkende Centralforeninger af sygekasser i Danmark.

Det fremgår ikke af oversigten, hvor mange af tilgangs- og af gangsekspeditionerne der direkte står i forbindelse med sygekassegrænsens eksistens. På forhånd ved man, at der har været ekspeditioner for det antal, der er »blevet anset for bemidlede«, som anført ca. 32.500 i 1956. Sammenlignes dette tal med ovenstående oversigt, ses det, at ikke alle disse kan være overgået til fortsættelsesygekasserne, idet overførelse hertil ialt kun androg ca. 28.000. Man må derfor antage, at den resterende del, eller ca. 4.000, i stedet har valgt at blive bidragydende medlemmer.

Ved siden af de 32.500 ekspeditioner ud af sygekasserne forårsaget af medlemmernes indkomststigning er der imidlertid også ekspeditioner den anden vej for de personer, hvis indkomst er faldet under grænsen. Det fremgår af oversigten, at der er overført ca. 20.800 fra fortsættelsesygekasserne til sygekasserne, men herudover må man regne med, at også en del af overførelserne fra bidragydende til nydende medlem er sket på grund af indkomstfald. Anslås dette antal til maksimalt samme størrelsesorden som overførelsen mellem de samme kategorier på grund af for høj indkomst, eller ca. 4.000, vil det sige, at det samlede antal ekspeditioner i sygekasserne i forbindelse med grænsens eksistens skulle udgøre omkring 57.300, hvilket svarer til ca. 6 pct. af sygekassernes totale antal tilgangs- og afgangsekspeditioner.

De praktiske foranstaltninger til kontrol med grænsens overholdelse foregår forskelligt for de mindre sygekasser (med 1.000 medlemmer og derunder) og de større sygekasser.

1. For såvidt angår de mindre sygekasser, der omfatter ca. 70 pct. af samtlige kasser med ca. 2-5 pct. af samtlige medlemmer, foretager udvalget hvert 3. år sammenligning mellem skattelister og sygekassens medlemsfortegnelse. Arbejdet kan (dog fordeles således, at der hvert år kontrolleres 1/3 af medlemmerne.

Der er således for disse kommuner ikke tale om et specielt arbejde med henblik på kontrollen, og sygekassernes arbejde, der består i at sende meddelelse ud til de medlemmer, der ikke længere kan være nydende medlemmer, samt i eventuelt at overføre dem til en fortsættelsesygekasse eller til bidragydende medlemsskab, er næppe så stort, at det ikke kan indpasses i det øvrige arbejde, således at der ikke kræves specielt personale til disse sager. For langt de fleste af landets sygekasser (som dog kun omfatter 25 pct. af medlemmerne) vil der herefter i det store og hele ikke være tale om særlige udgifter i forbindelse med overflytningerne.

2. I de større kasser (med over 1.000 medlemmer), der omfatter ca. 30 pct. af samtlige kasser med ca. 75 pct. af samtlige medlemmer, sker kontrollen efter folkeforsikringslovens regler på den måde, at kassens revisor hvert år udtager mindst 10 pct. af medlemmerne til bedømmelse af udvalget.

Ifølge sygekassedirektørens beretning er der imidlertid for ca. 450 kasser med ca. 1,5 mill. medlemmer, d. v. s. for langt de fleste kasser inden for denne gruppe, gennemført et samarbejde mellem skattevæsen, sygekasse og udvalget, hvorved i virkeligheden hele kassens medlemsbestand undersøges årligt eller med få års mellemrum. Arbejdet foregår på den måde, at skattevæsenet på grundlag af ligningslisterne udtager de personer, hvis indtægt eller formue ligger over sygekassegrænsen og indhenter derefter fra syge-

kassen oplysning om, hvorvidt de pågældende er nydende medlemmer af kassen. For de personer, der da viser sig at stå som ubemidlede, nydende medlemmer, anmoder kommunalbestyrelsen herefter det nedsatte udvalg om at foretage bedømmelse.

I de større kasser kræver kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse således administrativt arbejde i kommunerne, de bedømmende udvalg samt sygekasserne og overflytningen af medlemmerne tillige arbejde i fortsættelsesygekasserne.

For at få eksempler på, hvilke udgifter der må påregnes til de bedømmende udvalgs arbejde, samt hvilke udgifter sygekasserne har til administration af disse sager, herunder til overførelse af medlemmer til og fra fortsættelsesygekasserne, har kommissionen rettet henvendelse til enkelte større kommuner og sygekasser.

Fra Københavns kommune er det oplyst, at et beløb af 45.000 kr. anslås at kunne dække udgiften til arbejdet med de omhandlede sager, medens udgiften af Odense og Lyng-

by-Tårnbæk kommuner er anslået til henholdsvis 3.000 og 1.000 kr.

For så vidt angår sygekasserne viste det sig vanskeligt at få konkrete oplysninger om kassernes udgifter til kontrolsagerne og det påfølgende overførelsesarbejde, idet disse ting indgår i den almindelige administration. Fra de kasser, der anså det for muligt at anslå specielle udgifter, blev der kun regnet med nogle hundrede kroner.

3. Til den *endelige behandling af udvalgs-sagerne i sygekassedirektoratet* anslås det, at der kræves en fuldmægtig og 3 assistenter.

Udgiften ved de specielle arbejdsopgaver, der hører sammen med kontrolforanstaltningerne, synes således ikke at være af nogen betydende størrelsesorden.

Efter den foretagne undersøgelse finder kommissionen, at spørgsmålet om kontrol med sygekassegrænsens overholdelse alene giver anledning til at foreslå lovhjemmel **til**, at det allerede påbegyndte samarbejde med skattevæsenet udvides til alle kommuner.

VI. SYGEKASSERNES ADMINISTRATION

Sygekassernes forvaltningsudgifter har i 1957, efter fradrag af de administrationsbidrag, som kasserne har modtaget for opkrævning af invalidepræmierne, udgjort 32,1 mill. kr. Af den samlede forvaltningsudgift i 1957 faldt 23,6 mill. kr., svarende til 73,6 pct. på de egentlige lønningsudgifter.

Forvaltningsudgifterne i de forskellige dele af landet er anført i tabel 17, der viser udgift pr. medlem, samt forvaltningsudgiften i pct. af samtlige indtægter og i pct. af sygehjælpsudgiften.

Tabel 17. Forvaltningsudgift i sygekasserne i 1957.

	Udgift pr. medlem kr.	I pct. af samtlige indtægter pct.	I pct. af kontingentindt. pct.	I pct. af sygehjælpsudgift m. m. a) pct.
Kasser i:				
Hovedstaden	17,73	14,8	21,1	20,7
Hovedstadens omegn	12,99	11,2	15,7	15,5
Provinsbyerne	12,07	10,5	16,1	12,8
Landdistrikterne . . .	8,18	8,0	12,6	10,1
Samtlige kasser	11,51	9,5	15,8	13,5

a) D.v.s. udgifter til sygehjælp, barselhjælp og begravelseshjælp.

Der henvises iøvrigt til redegørelsen i direktoratet for sygekassevæsenets årsberetning 1954/55, side 92 f., hvoraf bl. a. fremgår, at forvaltningsudgifterne er meget varierende i sygekasser af forskellig størrelse.

Til bedømmelse af disse tal har kommissionen overvejet mulighederne for sammenligning med administrationsudgifterne i andre organer.

Såfremt en sammenligning af udgifterne med forskellige andre institutioner skulle have værdi og være rimelig, måtte det kræves, at de organer, der sammenlignes med, har opgaver af tilsvarende karakter som sygekasserne, hvilket f. eks. vil sige, at de enkelte ind- og udbetalinger i de sammenlignede institutioner skal være af nogenlunde samme størrelsesorden og have samme forskelligartede karakter som i sygekasserne, og der i omtrent samme grad kræves personlige ekspeditioner o.s.v. Hertil kommer, at der for de sociale institutioner gælder bestemte regler om henlæggelse og offentlige tilskud, og såfremt disse ikke er nogenlunde de samme for de sammenlignede organer, vil grovere opgørelser, der viser indtægt og udgift (eventuelt specielt administrationsudgifter) i forhold til hinanden være misvisende.

En grov gennemgang af de institutioner, man kunne tænke sig at sammenligne med sygekasserne, viser, at dissers opgaver og forvaltningsgang er så forskellig fra sygekassernes, at en direkte sammenligning af administrationsudgifterne ikke er velbegrunderet.

Sygeforsikringskommissionen har ikke

ment at kunne tage stilling til størrelsen af sygekassernes forvaltningsudgifter, idet der hertil måtte kræves en intern analyse af udgifterne, herunder lønningernes størrelse og normering af personalet.

Kommissionen har været opmærksom på, at forvaltningskommissionen i forbindelse med dens overvejelser om kontrollen med statens tilskud til sygekasserne (8. betænkning, 1951) har fremhævet ønskeligheden af, at der fra sygekassedirektoratets side ydes kasserne størst mulig støtte i dissers bestræbelser for at gennemføre en rationalisering af kassernes administration. Forvaltningskommissionen pegede samtidig på, at de gældende bestemmelser om varigheden af sygekassernes ydelser i særlig grad fremkalder administrative ulemper.

Gennem sygeforsikringskommissionens forslag om ophævelse af varighedsbegrænsningen og bortfald af alders- og helbreds-betingelserne vil kasserne blive frigjort for en tidkrævende administration, og også andre ændringer vil gå i retning af en simplificering. På den anden side vil en udbygning af hele dagpengeordningen som nærmere behandlet i kapitel 13 kunne give kasserne og centralforeningerne forøgede opgaver.

Kommissionen finder, at spørgsmålet om sygekassernes administration efter en kommende nyordning og de på dette grundlag givne rammer for kassernes administrative opgaver bør tages op til drøftelse mellem sygekassernes centralledelse, forvaltningsnævnet og direktoratet for sygekassevæsenet.

VIL RESUME

Kommissionen har drøftet mulighederne for at gennemføre forenklinger i den administrative opbygning, sikre den bedst mulige koordination mellem myndigheder og institutioner, der virker inden for sygebehandlings- og sundhedsvæsenets områder, og gennemføre lettelser i den daglige administration.

Der er enighed om, at der fremtidig for

hver kommune (eventuelt bortset fra København og Frederiksberg) kun bør kunne godkendes én sygekasse, dog således at der gives en frist til gennemførelse af lovens krav i så henseende.

Samarbejdet mellem sygekasser og kommuner bør efter kommissionens opfattelse udbygges ved, at en fjerdedel - dog mindst 2 - af bestyrelsesmedlemmerne skal udpeges

af kommunalbestyrelsen blandt dennes medlemmer.

Der har i kommissionen været enighed om betydningen af, at der sikres det snævrere mulige samarbejde mellem de myndigheder og institutioner, der har opgaver inden for sygebehandlingen, sygeforsikringen og beslægtede områder, såvel på det lokale som på det centrale plan. Forslag om oprettelse af særlige amtsudvalg har været drøftet, men man har ikke fundet, at der for tiden er tilstrækkelig begrundelse for gennemførelse af et sådant forslag. Kommissionen peger dog på den mulighed, at der senere oprettes amtsudvalg, såfremt problemer vedrørende det lokale samarbejde måtte gøre dette aktuelt.

Spørgsmålet om nedsættelse af et bredt centralt samarbejdsudvalg, en udbygning af sygehusrådet eller et råd til afløsning af det nuværende sygekassenævn har været drøftet, men der har været enighed om, at der ikke kan påvises tilstrækkelige konkrete arbejdsopgaver for sådanne organer.

Sygekassenævnet foreslås ophævet, og der foreslås nedsat et særligt udvalg til behandling af overflytningssager.

Et mindretal (Niels Mørk m. fl.) foreslår, at fortsættelsesygekasserne ophæves, og at der indføres to former for nydende medlemsskab i sygekasserne henholdsvis for personer under og over sygekassegrænsen.

Den fremgangsmåde, der anvendes med hensyn til kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse, er nærmere undersøgt, og der er fundet anledning til at foreslå samarbejdet med skattevæsenet udvidet til alle kommuner.

Kommissionen henstiller, at spørgsmålet om sygekassernes administration efter en kommende nyordning og de på dette grundlag givne rammer for kassernes administrative opgaver tages op til drøftelse mellem sygekassernes centralledelse, forvaltningsnævnet og sygekassedirektoratet.

KAPITEL 10

Sygeforsikringens finansiering

I. OVERSIGT OVER UDGIFTERNE TIL SYGEBEHANDLING M. M.

De samlede udgifter til sygebehandling, sundhedsvæsen m. m. kan deles i forskellige hovedgrupper:

A. UDGIFTER, DER AFHOLDES GENNEM SYGE- OG FORTSÆTTELSES-SYGEKASSER

Disse udgjorde i 1957:

	lait	pr. medlem
Sygekasser	307,9 mill. kr.	= 122,85 kr.
Statsbanepers. sygekasser	4,9 mill. kr.	= 119,11 kr.
Fortsættelsessygekasser .	29,8 mill. kr.	= 78,46 kr.
Syge- og fortsættelsessygekasser ialt	342,6 mill. kr.	

Til samme hovedgruppe kan henføres visse af statens udgifter til *s ær hjælp*, i 1956/57 knap 17 mill. kr., og kommunernes udgifter til *fribefordring*, godt 12 mill. kr., ialt ca. 30 mill. kr. i 1956/57.

B. OFFENTLIGE UDGIFTER TIL LÆGE-, JORDEMODER- OG SYGEHUS-VÆSEN SAMT DET OFFENTLIGE SUNDHEDSVÆSEN

Dette vil i praksis sige foranstaltninger, der administreres gennem indenrigsministeriet.

Disse udgifter har i 1956/57 ialt andraget 580 mill. kr.

Til samme gruppe kan regnes foranstaltninger til fordel for mødre og småbørn, ca. 41 mill. kr. samt skolelæge- og skoletandplejeordning, ca. 17 mill. kr.

C. UDGIFTER, BEFOLKNINGEN PRIVAT HAR AFHOLDT UDEN FOR DE OFFENTLIGE SYGEFORSIKRINGER

Dette vil væsentligst være urefunderede udgifter til lægehjælp m. v., tandplejeudgifter, medicinudgifter, udgifter til klinikophold, sygepleje, massage, briller o. s. v. I disse poster indgår der dog udgifter, der ikke kan betragtes som egentlige sygehjælpsudgifter, fordi de enten må betragtes som luksusydelse (f. eks. enestue på privatklinik), eller fordi de nærmere hører til posten personlig hygiejne (f. eks. visse massageydelse). Sådanne udgifter ville således ikke kunne indgå i nogen sygeforsikring.

Der foreligger ingen mulighed for at opføre sygehjælpsudgifterne på dette område, og for nogle udgifters vedkommende i realiteten heller ikke mulighed for at give et blot

nogenlunde underbygget skøn. Til brug under kommissionens arbejde er der foretaget et skøn over, hvilken størrelsesorden disse udgifter må antages at have, når der gøres visse forudsætninger med hensyn til omfanget af de ydelser, der medtages. I bilag 1¹⁾ har man opstillet sådanne forudsætninger, og der henvises derfor til de der anførte bemærkninger i forbindelse med beregningerne. På grundlag af det foreliggende — og for nogle posters vedkommende særdeles spinkle — materiale er befolkningens privat afholdte udgifter herefter anslået til en størrelsesorden på omkring 150 mill. kr. Den største post heraf er medicinudgiften, der er beregnet til ca. 59 mill. kr. Lægehjælpen er anslået til ca. 25 mill. kr. og udgift til behandling på sygehus til ca. 25 mill. kr. Med de valgte forudsætninger om tandplejen, det vil sige, at skønnet kun omfatter de privat afholdte udgifter til sådanne ydelser, som i de københavnske sygekasser ydes til nydende medlemmer, er udgift til tandpleje anslået til 13 mill. kr., befodringsudgiften ligeledes til 13 mill. kr., udgift til fødeklinik til 6 mill. kr. og udgift til briller, bandager, sygepleje, massage o.s.v. til omkring 11 mill. kr.

D. UDGIFTER TIL LOVPLIGTIG ULYKKESFORSIKRING

androg i 1956 ca. 65 mill. kr.

E. SAMMENFATNING

Den nærmere fordeling af udgifterne inden for hovedgrupper fremgår af bilag 1¹⁾. I dette bilag er endvidere på hovedgrupper foretaget en opstilling af, hvorledes de samlede udgifter er fordelt mellem stat, kommuner, arbejdsgivere og befolkningen.

I nærværende kapitel omtales nærmere udgifterne under hovedgruppe A.

Udgifterne til hospitals- og sundhedsvæsen (gruppe B) falder principielt uden for kommissionens arbejdsområde og berøres hovedsageligt i forbindelse med spørgsmålet om sygekassernes takster for behandling af sygekassemedlemmer, jfr. afsnit II nedenfor. Udgifterne under hovedgruppe C er først og fremmest afhængige af forsikringens omfang, jfr. afsnit III nedenfor.

II. SÆRLIGE BEMÆRKNINGER OM SYGEHUS-TAKSTERNE

Kommissionen har været opmærksom på, at de nuværende takster for ophold på sygehus er meget lave sammenlignet med den faktiske udgift pr. sygedag. Disse forhold er berørt også i kapitlerne 3, 5 og 11²⁾, og her skal alene nævnes, at dette for den offentlige sygeforsikrings økonomi er af væsentlig betydning.

Det er andetsteds i betænkningen i kapitel 8³⁾ om sygekassegrænsen omtalt, at de lave

sygehustakster, der kommer hele befolkningen til gode uden hensyn til indtægtsforhold, er et væsentligt led i den danske ordning, og kommissionen har taget dette forhold til efterretning og iøvrigt ikke beskæftiget sig med den takstpolitik, der følges i de enkelte kommunale råd, jfr. også at dette anliggende ikke sorterer under socialministeriet, men under indenrigsministeriet.

Et af kommissionens medlemmer har rejst spørgsmålet om, hvor meget sygehustaksterne kunne nedsættes for ikke-sygekassemedlemmer, hvis den for sygekassemedlemmerne

1) Se side 234 ff.

2) Se side 38, 52 og 145 ff.

3) Se side 91.

gældende ret til indlæggelse for halv takst blev ophævet, og det derved for sygehusene indvundne provenu blev anvendt til nedsættelse af taksterne.

En takstudjævning ved ophævelse af denne særlige takst ville formentlig forudsætte, at sygehusenes samlede indtægt ved takstbetaling blev uændret. Da denne forudsætning må anlægges for hvert enkelt sygehus, kan en ny takst ikke gøres ensartet for hele

landet, men udjævningen må ske lokalt.

For størsteparten af hospitalerne uden for hovedstaden er de nuværende takster henholdsvis 6 kr. og 12 kr. I disse kommuner skulle en fællestakst antagelig sættes til ca. 7,50 kr.. og i København, hvor taksten nu er henholdsvis 60 øre og 1,20 kr., skulle fællestaksten sættes til ca. 75 øre, hvis den samlede indbetaling til sygehusene skulle være uændret ^{3a)}).

III. SYGEFORSIKRINGENS ØKONOMISKE FORHOLD

A. SYGEKASSERNES OG FORTSÆTTELSESSYGEKASSERNES UDGIFTER OG INDTÆGTER

Som baggrund for det følgende gives følgende oversigt over udgifter og indtægter m. v. i syge- og fortsættelsesygekasser i året 1957:

Tabel 18. Udgifter og indtægter i syge- og fortsættelsesygekasser i 1957.

	Sygekasser		Fortsættelsesygekasser	
	mill. kr.	I pct. af totalindtægt	mill. kr.	I pct. af totalindtægt
Udgifter ialt	307,9	100,9	29,8	89,8
Indtægter ialt	305,1	100,0	33,2	100,0
<i>Heraf:</i>				
Bidrag fra ubemidlede, nydende medlemmer	202,9	66,6	31,7	95,5
Bidrag fra bidragydende medlemmer	0,7	0,2		
Statstilskud	72,0	23,6	—	—
Lovpligtigt kommunetilskud	2,5	0,8	—	—
Frivilligt kommunetilskud	3,7	1,2	—	—
Andre indtægter	23,3	7,6	1,5	4,5
<hr/>				
	mill. kr.	I pct. af totaludg.	mill. kr.	I pct. af totaludg.
Overskud	÷ 2,7	÷ 0,9	3,4	11,4
Formue pr. ^{31/12} 1957	147,4	47,9	23,7	79,5
Heraf forfaldent stats- og kommunetilskud	74,1	24,1	—	—

Som det fremgår af denne tabel, oversteg sygekassernes udgifter i 1957 kassernes totalindtægt med knap 1 pct. Det må dog her til bemærkes, at indtægten opgøres som de i det pågældende år indbetalte beløb, således at dette resultat skyldes udestående restan-

cer. Fortsættelsesygekassernes udgifter svarede i 1957 til 90 pct. af disse kassers totalindtægt. Knap 67 pct. af sygekassernes indtægt hidrører fra nydende medlemmers ^{da)} Se om takstspørgsmalet tillige en mindretalsudtalelse side 157

kontingent, og knap 24 pct. hidrører fra offentlige tilskud, medens knap 96 pct. af fortsættelsessygekassernes indtægt er medlemskontingenter (til disse kasser ydes der ikke offentlige tilskud).

Sygekassernes *formue* svarer til 48 pct. af deres årsudgift, og fortsættelsessygekassernes *formue* svarer til 80 pct. af deres årsudgift.

Ifølge folkeforsikringsloven skal sygekassernes reservefond normalt svare til gennemsnittet af de 3 sidste regnskabsårs udgifter. Den faktiske reservefond er således væsentlig mindre end krævet. Dette forhold bør derfor tages op i forbindelse med en revision af sygekasselovgivningen.

Sygekassernes væsentlige indtægter er, som det fremgår af foranstående tabel 18, kontingentet fra nydende medlemmer og offentlige tilskud (ialt ca. 90 pct. af indtægterne). Disse indtægtsposter omtales nærmere nedenfor under afsnit B og C. Kontingentet for bidragydende medlemsskab omtales nærmere i kapitlerne 6 og 7 om frivillig eller tvungen ordning og om helbreds- og aldersbetingelser⁴).

Da der ikke ydes offentlige tilskud til fortsættelsessygekasserne, vil disses finansiering ikke blive nærmere omtalt.

B. KONTINGENTET FOR SYGEKASSERNES NYDENDE MEDLEMMER

1. Fastsættelse og opkrævning

Ifølge folkeforsikringslovens § 12 skal en sygekasses nydende medlemmers kontingent i forbindelse med kassens øvrige ordinære indtægter og de lovpligtige offentlige tilskud kunne dække kassens forpligtelser og bidrage til dannelse af en reservefond, om hvis størrelse der er givet nærmere regler.

Kontingentet fastsættes således særskilt for hver enkelt kasse. Dets størrelse vil derfor bl. a. afhænge af omfanget af kassens frivillige ydelser. Omfanget af de frivillige ydelser og kontingentets størrelse påvirker således gensidigt hinanden. I kontingentet indgår tillige særligt bidrag for eventuel dag-

⁴) Se side 59 og 68.

pengeforsikring, hvilket bidrags størrelse afhænger af størrelsen af de sikrede dagpenge. Kontingentet kan derfor være forskelligt for de enkelte kasser og tillige for de enkelte medlemmer inden for samme kasse.

Det gennemsnitlige kontingent i de 3 kommune-grupper var i 1957:

Kasser i hovedstaden	101,44 kr.
Kasser i provinsbyerne	80,77 kr.
Kasser i landdistrikterne ...	70,27 kr.
Hele landet ...	80,95 kr.

Som omtalt i tabel 18 foran, androg den samlede kontingentbetaling i 1957 202,9 mill. kr.

Heraf har kommunerne i henhold til folkeforsikringslovens § 15 om *kontingenthjælp* i trangstiltfælde betalt ca. 4,8 mill. kr. for ialt 83.341 medlemmer, hvilket svarer til, at 3,3 pct. af det samlede medlemstal har modtaget sådan hjælp. I årets løb er endvidere ca. 23.800 nydende medlemmer eller ca. 1 pct. af det totale medlemstal blevet overført til bidragydende medlemsskab på grund af kontingentrestance.

I bysygekasserne indbetales kontingentet almindeligvis af medlemmerne til kassens kontor, medens der i landsygekasserne som oftest benyttes opkrævere. Kontingentet opkræves i bysygekasserne og de større landsygekasser normalt med et månedligt beløb, medens det i de mindre landsygekasser ofte opkræves kvartalsvis.

2. Kontingentsystemet i Sverige, Norge og England

Til sammenligning med det danske kontingentsystem skal kort beskrives, efter hvilken metode kontingentet fastsættes og opkræves i Sverige, Norge og England. En nærmere redegørelse findes i kapitel 4⁵).

a) Sverige

Ligesom tilfældet er efter den danske ordning, fastsættes medlemsbidraget til samme beløb for alle medlemmer af samme lokal-

⁵) Se side 42 ff.

sygekasse, således at bidraget til tillægsgdagpengeforsikring fastsættes efter dagpengeklasse. Bidraget til syge- og dagpengeforsikringens grundbeløb må dog i intet tilfælde udgøre mere end 2 pct. af den pågældendes skattepligtige indtægt.

Bidraget indkræves sammen med skatterne, og staten bærer risikoen for restancer. Bidraget for frivillig dagpengeforsikring betales dog direkte til sygekasserne.

Medlemsbidraget skal ikke dække samtlige udgifter i forsikringen, men der ydes væsentlige tilskud fra arbejdsgiverne og staten.

b) Norge

Efter den norske ordning er medlemsbidraget graderet efter indtægt, idet der er opstillet 7 indtægtsklasser (for arbejdstagere), således at den højeste klasse betaler størst bidrag. Forskellen på kontingentet i de forskellige indtægtsklasser er især begrundet med forskellen i udgifterne (og herunder ikke alene forskellen på dagpenge).

For arbejdstagernes vedkommende tilbageholdes bidraget af arbejdsgiveren, der indbetaler det til trykdekasserne. Andre medlemmer skal selv foretage denne indbetaling.

Der ydes væsentlige tilskud fra arbejdsgiverne, kommunerne og staten.

c) England

Bidrag til sygeforsikringen betales som en del af det samlede bidrag til National Insurance. Bidraget er ikke graderet efter indtægt, men medlemmerne er delt i 3 klasser: 1. arbejdstagere, 2. selvstændige og 3. personer ude af erhverv. Bidraget er det samme i klasse 2 og 3, medens klasse 1 er lidt højere, da arbejdsulykker indgår i forsikringen for denne klasse. Hver classes bidrag er lavere for kvinder end for mænd og lavere for personer under 18 år end for personer over 18 år.

Bidrag betales ved ugentlige køb af særlige forsikringsmærker, der påklæbes forsikringskort. For arbejdstagere foretages det nødvendige af arbejdsgiverne, medens andre hver uge selv skal købe mærker.

3. Kommissionens drøftelser om kontingentets fastsættelse og opkrævning

a) Kontingent for nydende medlemmer

I den almindelige debat om sygeforsikringen er der ofte rejst spørgsmål om opkrævning af sygeforsikringsbidraget sammen med skatterne på samme måde, som det særlige folkepensionsbidrag opkræves.

Folkepensionsbidraget udgør 1 pct. af skalaindkomsten, d. v. s. den indkomst, hvoraf skat til staten beregnes, idet der dog er fastsat en grænse for, hvor små beløb der opkræves.

Til illustration af, hvad det ville betyde, hvis den nuværende kontingentindbetaling til syge- og fortsættelsesygekasser skulle indkræves på samme måde, kan det oplyses, at bidraget til sygeforsikringen skulle sættes til ca. 2 pct. af skalaindkomsten, hvis der for dette skulle gælde samme undergrænse for bidraget som for folkepensionen.

Hvis ordningen skulle bevare forsikringspræg, kunne der imidlertid være grund til - foruden en undergrænse - tillige at fastsætte en overgrænse for sygeforsikringsbidraget ud fra det synspunkt, at man ikke bør pålægge borgerne et »forsikringskontingent«, som er langt større end deres sygeudgifter. Bidragsprocenten måtte da tilpasses efter under- og overgrænsen. Eksempelvis kan det oplyses, at en overgrænse på 300 kr. ville betyde, at bidragsprocenten skulle forhøjes til ca. 2,5 pct.

Bidrag til folkepension indgår i statskassen.

a) Hvis sygeforsikringsbidraget skulle afløses af en procentdel af *statskatteindkomsten* på linie med folkepensionsbidraget, måtte en sådan ordning have til forudsætning, at staten, eller i al fald det offentlige havde overtaget sygeforsikringen. Det ville nemlig være utænkeligt, at man bevarede selvstyrende sygekasser, men gav disse ret til at anmelde deres udgifter til opkrævning gennem en skat.

b) Hvis man ville lade sygeforsikringsbidraget afløse af en kommunal skat i form

af en procentdel af *kommuneskatteindkomsten*, måtte en sådan ordning på samme måde have til forudsætning, at kommunerne overtog sygeforsikringen.

løvrigt må der peges på, at forskelle i indkomstniveauet i kommunerne ville medføre, at der ville blive væsentlige forskelle i bidragsprocenter eller ydelser i de enkelte kommuner, og at man derfor - for at undgå urimelig forskelsbehandling — måtte indføre en udligningsordning mellem kommunerne. Systemet ville derfor i sin karakter nærme sig en statsordning, hvilket kommissionen, som det fremgår af kapitel 5⁶), har taget afstand fra.

Kommissionen har endvidere drøftet muligheden for at *lade det af den enkelte sygekasse fastsatte kontingent opkræve af de kommunale myndigheder sammen med kommuneskatten*.

Det er dog ikke påvist, at en sådan opkrævning ville medføre besparelser i forhold til den nuværende. Det bemærkes i denne forbindelse, at selve indførelsen af nye poster på skatteblanketten og afregning mellem skattevæsen og de enkelte sygekasser ville medføre en ny og ikke ubetydelig udgiftspost.

Endvidere er det fremhævet, at der i befolkningen er en almindelig modvilje mod at forøge posterne på skatteblanketten. Selv om sygeforsikringsbidraget blev udskilt som en særlig post, ville det i det lange løb blive betragtet som skat.

Over for en sådan opkrævning er endvidere nævnt, at flytninger midt i året ville vanskeliggøre skattevæsenets arbejde, idet overgang til anden sygekasse skal ske umiddelbart efter flytningen, medens skattebetalingen først flyttes senere. Dette betyder, at skattevæsenet i visse tilfælde måtte afregne med flere sygekasser for den samme skatteyder.

Også i denne forbindelse er fremført det synspunkt, at opkrævningen fra kommunernes side ville medføre ønske om bestemmelsesret over udgiftssiden.

⁶) Se side 54 f.

Endelig er fremhævet det værdifulde i, at indbetalingen sker samme sted, som hjælpen ydes, idet forbindelsen mellem betaling og retten til ydelserne derigennem træder klarere frem.

Ud fra disse synspunkter er det kommissionens opfattelse, at kontingentopkrævningen ikke bør flyttes fra sygekasserne under en ordning, hvor disse formidler sygehjælpen.

b) Kontingent for bidragydende medlemmer

Foran i kapitel 7⁷) har kommissionen foreslået, at kontingent for bidragydende medlemmer skal indbetales til sygekasserne, medens kontingentrestancer skal overgå til opkrævning gennem kommunerne.

Kommissionen har overvejet, om det ville være mere rationelt helt at lade opkrævningen overgå til kommunerne.

Dette ville imidlertid kræve, at der for kommunen til enhver tid forelå oplysninger om, hvem der var bidragydende medlemmer, hvilket betyder, at der fra sygekassen skulle gives meddelelse om alle overflytninger mellem nydende og ydende medlemsskab, medens man efter det foreslåede system kun skal give meddelelse i tilfælde af kontingentrestance.

De administrative besværligheder ved flytninger midt i året ville gøre sig gældende på samme måde, som tilfældet var, hvis kontingentet for nydende medlemmer skulle opkræves af kommunen.

Endvidere har det været fremhævet, at det også for så vidt angår de bidragydende medlemmer er af betydning, at medlemmerne opnår en vis kontakt med sygekasserne.

Kommissionen finder det derfor mest praktisk, at sygekasserne fortsat opkræver bidraget, medens kommunen kun inddrages i tilfælde af manglende betaling.

4. Særkontingent eller kontingentfritagelse i stedet for kontingenthjælp

Kommissionen har drøftet, om det ville være hensigtsmæssigt at give nærmere regler

⁷) Se side 71.

om et særligt lavt kontingent eller fritagelse for kontingent til afløsning af den nuværende ordning, hvorefter der i trangtilfælde kan ydes kontingenthjælp fra kommunerne.

Baggrunden herfor er, at det kan forekomme irrationelt, at et medlem først skal ansøge socialkontoret om kontingenthjælp og derefter indbetale denne hjælp til sygekassen.

Det er heroverfor fremhævet, at den nuværende kontingenthjælp oftest ydes, hvor der er kortvarige økonomiske vanskeligheder, f. eks. under arbejdsløshed eller sygdom. Der er således mulighed for at foretage en individuel bedømmelse af den øjeblikkelige trang, medens en generel regel om særligt lavt kontingent antagelig måtte knyttes til forrige års skattepligtige indkomst og måtte afgøres for et år ad gangen.

Hvis det lave kontingent skulle betinges af indtægt under en vis grænse, ville det betyde, at sygekasserne og kommunerne kom til at arbejde med to sygekassegrænser.

Kommissionen har også kort drøftet spørgsmålet om fritagelse for kontingentbetaling under sygdomsperioder, men mener også her, at forholdene i de enkelte tilfælde vil ligge så forskelligt, at der ikke kan opstilles nogen almindelig regel, der vil virke tilfredsstillende.

Kommissionen finder derfor, at den nuværende ordning med kontingenthjælp ydet efter en individuel bedømmelse i det enkelte tilfælde er mere smidig end en generel ordning med særkontingent eller kontingentfritagelse, og at den derfor bør opretholdes.

De kommunale repræsentanter i kommissionen - bortset fra Godtfred Knudsen - har henstillet, at der for kontingenthjælp i henhold til folkeforsikringsloven indføres adgang til mellemkommunal refusion m. v. ligesom for kommunehjælp.

C. STATSTILSKUD OG ANDRE OFFENTLIGE TILSKUD

1. Nuværende regler

I henhold til folkeforsikringslovens § 13 ydes følgende *statstilskud* til de anerkendte sygekasser:

Der ydes årligt 5 kr. for hvert ubemidlet nydende medlem og herudover V4 af sygekassernes udgifter for sådanne medlemmer til de fleste sygehjælpsydelser og dagpenge. Staten yder dog sygekassen godtgørelse for alle dens udgifter til livsvigtig medicin, og der gives intet tilskud til andre medicinudgifter. Heller ikke til administrationsudgifterne ydes tilskud.

Herudover yder staten og kommunerne som nævnt i kapitel 7⁸⁾ særlige tilskud for medlemmer, der i en overgangsperiode efter 1933 er tilgået forsikringen i en alder mellem 40-60 år og for kronisk syge medlemmer optaget med vedtegning. Dette særlige tilskud dækker som nævnt i kapitel 7 sygekassernes egen ordinære andel (³A) af de gennemsnitlige merudgifter til sådanne medlemmer.

Herudover refunderer kommunerne kassernes udgifter til de særlige barseldagpenge, der ydes til de kvinder, hvem det i henhold til regler i arbejderbeskyttelsesloven er forbudt at arbejde en vis tid efter fødslen.

En del kommuner betaler frivillige tilskud til lokale sygekasser.

Kommunernes største støtte til sygeforsikringen ydes dog ikke gennem egentlige tilskud, men gennem generelt lave hospitalstakster, der yderligere nedsættes til V2 for sygekassepatienter, jfr. foran under II.

Endvidere yder kommunerne fribefordring for sygekassepatienter, jfr. kapitel 12 om kommissionens drøftelser af spørgsmålene herom.

2. De offentlige tilskuds betydning

Det samlede offentlige lovpligtige tilskud udgjorde i 1957 74,5 mill. kr., der fordeler sig på de enkelte poster som anført i tabel 19.

Til sammenligning med de i 1957 ydede tilskud kan det oplyses, at der på forslag til finanslov for finansåret 1959/60 er søgt om et beløb af 86,8 mill. kr. til tilskud til sygekasserne.

⁸⁾ Se side 72.

Tabel 19. Stats- og kommunetilskud i 1951.

Statstilskud:

Alm. tilskud	63.227.000 kr.
Tilskud vedrørende medlemmer efter § 74, stk. 2 (medlemmer optaget efter 40-års alderen)	248.000 kr.
Tilskud vedrørende medlemmer med vedtegning som kronisk syge, § 7, stk. 3	777.000 kr.
Livsvigtige præparater	7.730.000 kr.
Tilsammen	71.982.000 kr.

Lovpligtige kommunale tilskud:

Vedrørende medlemmer efter § 74, stk. 2, (jfr. ovenfor)	249.000 kr.
Vedrørende medlemmer med vedtegning, § 7, stk. 3 (jfr. ovenfor)	778.000 kr.
Barseldagpenge	1.517.000 kr.
Tilsammen	2.544.000 kr.

lait statstilskud + lovpligtige kommunetilskud 74.526.000 kr.

De frivillige tilskud fra kommuner til lokale sygekasser har i 1957 beløbet sig til 3,7 mill. kr.

I samme forbindelse må nævnes, at den særlige takstnedsættelse for hospitalsbehandling af sygekassemedlemmer i 1957 har betydet en besparelse for sygekasserne på omkring 38 mill. kr. svarende til kassernes faktisk afholdte hospitalsudgifter.

Som det fremgår af det foranstående, ydes de ordinære offentlige tilskud som et fast beløb pr. medlem og som en vis procentdel af kassens udgift samt - på specielle områder - som refusion af totaludgiften. *Den økonomiske risiko for, at den resterende udgift kan dækkes, påhviler derimod sygekasserne, hvilket er i overensstemmelse med, at kasserne er økonomisk selvstændige organer.*

3. Forslag om ændring af tilskudsreglerne

Med hensyn til spørgsmålet om finansieringen, herunder statstilskuddet til dagpengeforsikringen henvises til det særlige afsnit herom i kapitel 13⁹⁾.

Med hensyn til udgifterne til fribefordring er der her tale om en kommunal udgift, og der henvises herom til kapitel 12.

Hvad angår tilskuddet til sygekassernes udgifter i almindelighed bemærkes følgende:

⁹⁾ Se side 199 ff.

Som anført i kapitel 7 har kommissionen fundet, at forslaget om bortfald af helbreds- og aldersbetingelserne samt ophævelse af varighedsbegrænsningen ikke giver fornøden anledning til ændring af formen for tilskudsreglerne¹⁰⁾.

Sygekassernes repræsentanter i kommissionen har foreslået, at de almindelige tilskudsregler bliver fastsat efter følgende regler:

- 1) Et beløb på 5 kr. pr. medlem.
- 2) Et beløb svarende til V3 af sygekassens udgift til
 - a. lægehjælp, sygehusbehandling, hjemmesygepleje og særlig betydningsfuld medicin,
 - b. jordemoderhjælp, lægehjælp ved fødsel,
 - c. speciallægehjælp, tandpleje, bade- og massagebehandling, ophold på rekonvalescenthjem og anden medicin (dispensationsmedicin).

3) Fuld godtgørelse for udgifter til livsvigtig medicin og barselhviledagpenge.

I forhold til den gældende ordning indeholder forslaget følgende ændringer:

- a) Statstilskuddet forhøjes fra ¹A til ¹/₃.
- b) Som tilskudsberettigende udgift med-

¹⁰⁾ Se side 78.

tages særlig betydningsfuld medicin samt dispensationsmedicin. Sygekasserne gør i denne forbindelse opmærksom på, at medicin var tilskudsberettigende udgift indtil 1927.

På basis af ydelsernes omfang og udgifterne herved i 1956 er tilskuddet herefter af sygekasserne beregnet til 85,2 mill. kr. Til sammenligning kan nævnes, at de samlede offentlige tilskud i 1956 androg 67,2 mill. kr. Heri er dog indeholdt tilskud til kassernes udgift til dagpengeydelse, $\frac{1}{4}$ af ca. 10 mill.

kr. = 2,5 mill. kr., som der skal ses bort fra ved sammenligningen, da dagpengeforsikringen ikke er medtaget ved ovennævnte forslag. De foreslåede ændringer anslås således at ville medføre en merudgift for staten på godt 20 mill. kr.

Kommissionen har ikke taget stilling til det af sygekasserne fremsatte forslag til ændring af tilskudsreglerne, idet man finder, at dette økonomisk-politiske spørgsmål må henvises til overvejelse og afgørelse i regering og folketing.

KAPITEL 11

Sygeforsikringens ydelser

I. INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

De foreliggende spørgsmål om sygeforsikringens ydelser, herunder særlig hvorvidt disse er tilstrækkeligt dækkende såvel inden for sygekasserne som inden for fortsættelsesygekasserne, er behandlet af det i kapitel 1 omtalte underudvalg, ud fra den forudsætning, at der fortsat gælder en økonomisk grænse, der ikke afviger væsentligt fra den nuværende, at der findes to slags forsikringsorganer: sygekasserne og fortsættelsesygekasserne, og at den økonomiske grænse skal være afgørende for, hvem der kan blive medlemmer af hver af de to slags kasser.

Udvalget har endvidere forudsat, at det fortsat vil være frivilligt, om medlemmerne sikrer sig ret til hjælp af forsikringen som

nydende medlem, medens der lige som nu vil være pligt til (som bidragydende medlem) at indtegne sig således, at man senere kan gå over til at være nydende medlem af sygeforsikringen.

Udvalget har for såvel sygekasser som fortsættelsesygekasser gennemgået de ydelser, der nu hører under sygeforsikringen, både med henblik på spørgsmålet om, hvorvidt de efter de gældende regler er dækkende, og med henblik på spørgsmålet om, hvilket behov der måtte være for at forbedre dem. Derimod har udvalget ikke taget stilling til spørgsmålet om sygehjælpens varighed, men man har dog været bekendt med det foran i kapitel 7 stillede forslag om ophævelse af varighedsbegrænsningen.

II. GÆLDENDE REGLER OG UDVALGETS DRØFTELSER

A. Lægehjælp

1. Almindelig lægehjælp

a) *Sygekasserne* har ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 1, *pligt til at yde deres medlemmer fri (gratis) lægehjælp.*

Denne bestemmelse må ses i sammenhæng med samme lovs § 24, hvorefter bl. a. overenskomster mellem sygekasserne og lægerne

skal godkendes af socialministeren, for at de kan være gyldige. Ved denne godkendelse skal det navnlig påses, at de fastsatte betalingsstakster står i et passende forhold til ydelserne. Hvis godkendelse ikke opnås, og der altså ikke foreligger nogen overenskomst, har sygekassen ikke ret til at yde fri lægehjælp, men skal da enten yde en passende forøgelse af kassens øvrige ydelser eller re-

fundere en nærmere fastsat andel af de af medlemmerne til lægerne betalte honorarer, en refusion, der højst må udgøre ³A af taksterne efter sidst gældende overenskomst.

Pligten til at yde den frie (gratis) lægehjælp til medlemmerne forudsætter med andre ord, at der findes overenskomst mellem sygekasserne og lægerne, hvorved kassernes betaling for lægehjælpen er fastsat, d. v. s., at denne lægehjælp kan fås på vilkår, som anses for rimelige af såvel sygekasserne som socialministeren. En konsekvens af reglen er det, at der skal ydes anden yderligere støtte eller refusion af en del af lægeregningerne, hvis overenskomst ikke opnås.

Loven indeholder ingen bestemmelser, der pålægger parterne at afslutte overenskomst. Ifølge § 25 er der mulighed for at indbringe spørgsmål om afslutning af overenskomst for et voldgiftsråd med 3 repræsentanter for sygekasserne og 3 for lægerne samt en formand valgt af et flertal af rådet, eller hvis et sådant flertal ikke kan opnås, valgt af socialministeren. Dette råds kendelser er imidlertid kun bindende for parterne, såfremt de har været enige om at indbringe sagen for rådet. Har parterne ikke været enige herom, og nægter en af dem at bøje sig for kendelsen, indeholder loven kun anvisning på, at denne kendelse afgives til socialministeren, »der kan foretage yderligere skridt til konfliktsens løsning og eventuelt offentliggøre kendelsen«.

Ifølge de overenskomster, der er afsluttet mellem lægerne og sygekasserne, anvendes som hovedregel enten det såkaldte »takst I-system« eller det såkaldte »takst II-system«.

Takst I-systemet går ud på, at lægerne pr. medlem, der er tilmeldt pågældende læge, modtager et fast årshonorar, der dækker konsultationer i konsultationstiden og sygebesøg hverdage mellem kl. 8 og kl. 18, anmeldt inden kl. 9, medens alle andre ydelser betales efter takst II pr. ydelse.

Takst II-systemet går ud på, at sygekasserne betaler lægerne et nærmere fastsat honorar for alle ydelser.

I begge tilfælde er den betaling, lægerne modtager, mindre end det honorar, de sæd-

vanligvis kræver af patienter, som selv betaler direkte til lægerne.

Overenskomsterne fastsætter forskellige *begrænsninger med hensyn til det frie lægevalg*. Efter takst I-systemet skal lægehjælp søges hos den læge, medlemmet er tilmeldt (således at der i reglen vælges læge for et år ad gangen), dog bortset fra tilfælde, hvor det ikke har været muligt at træffe pågældende læge. En del takst II-kasser har samme bundne lægevalg, men de fleste kassers medlemmer kan her søge, hvilken læge de vil, dog med visse afstands begrænsninger (10 km).

I et vist omfang er der pålagt medlemmerne en økonomisk selvrisko i form af særlige *kontrolafgifter*. Disse betegner ikke nogen afvigelse fra princippet om fri lægehjælp, men de skal forebygge misbrug. De har således bl. a. hjemmel i folkeforsikringslovens § 5, stk. 1, nr. 4, om, at vedtægterne skal indeholde kontrolbestemmelser. I takst I-kasserne betales kontrolafgift dels for lægehjælp søn- og helligdage, dels når lægen søges uden for konsultationstiden eller efter kl. 9 formiddag tilkaldes til samme dag, dog bortset fra ulykkestilfælde og barseltilfælde, der kræver hurtig lægehjælp. I takst II-kasserne afkræves for hvert sygebesøg i hjemmet en kontrolafgift, i reglen på 1,50 kr.

I 1957 var sygekassernes samlede udgift til almindelig lægehjælp 93,2 mill. kr., d.v.s. gennemsnitlig 37,21 kr. pr. medlem. Kontrolafgifterne udgjorde ialt 3,4 mill. kr.

b) Om *fortsættelsesygekassernes lægehjælp* findes der ikke detaljerede regler i loven, som alene fastsætter, at disse kassers virksomhed omfatter ydelse af sygehjælp og begravelseshjælp. Kasserne yder deres medlemmer refusion af den udgift, medlemmerne har haft til lægehjælp, dog kun inden for et vist maksimum, som svarer nogenlunde til ca. Vs af de hyppigst opkrævede satser for hjælp af alment praktiserende læge.

Fortsættelsesygekasserne har ingen overenskomster med lægeorganisationerne om størrelsen af de beløb, der kan afkræves med-

lemmerne. Omvendt er der ikke fastsat begrænsninger i medlemmernes adgang til at søge, hvilken læge de ønsker.

I 1957 var fortsættelsessygekassernes samlede udgift til lægehjælp (såvel almindelig som speciallægehjælp) 14,3 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 38,28 kr. pr. medlem.

c) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne: Udvalget har navnlig skullet tage stilling til det spørgsmål, om der fremdeles skal ydes medlemmerne fri lægehjælp. Udvalget mener, at sygekasserne fremdeles bør yde fri almen lægehjælp på grundlag af overenskomster mellem sygekasser og læger. Udvalget er indforstået med, at der intet er til hinder for at opkræve kontrolafgifter og at opretholde de gældende skånebestemmelser. Der foreslås således ikke ændring af den hidtidige ordning efter folkeforsikringslovens 18, stk. 1, nr. 1, jfr. § 24.

Der er i udvalget enighed om, at den nuværende ordning er fuldt dækkende. De nu gældende regler indebærer, at lægehjælpen ikke er betinget af et økonomisk mellemværende mellem patient og læge. Den gældende ordning - med forskellige begrænsninger i valgfriheden, når lægehjælp søges i det enkelte sygdomstilfælde - fremmer endvidere huslægesystemet, herunder den personlige tilknytning mellem patient og læge.

Fortsættelsessygekasserne bør yde almindelig lægehjælp efter refusionssystemet, i reglen med en vis selvrisiko. Dette svarer til den nugældende ordning.

Det er oplyst for udvalget, at denne form for hjælp er i overensstemmelse med, hvad flertallet af medlemmerne i disse kasser ønsker.

Der er i udvalget af sygekassernes og fortsættelsessygekassernes repræsentanter fremsat ønske om, at der opnås overenskomster mellem læger og fortsættelsessygekasser om faste takster som grundlag for fortsættelsessygekassernes refusion.

Udvalget finder det ønskeligt, at behovet for bistand til den praktiserende læge - f. eks. ved videre adgang til røntgenundersøgelser, laboratorieundersøgelser og andre

undersøgelser på sygehuse eller andetsteds - dækkes i højere grad end hidtil.

2. Speciallægehjælp

a) *Sygekasserne* er ikke forpligtet til at yde deres medlemmer speciallægehjælp, men størstedelen af kasserne, især i København, yder denne hjælp under forskellig form, jfr. nedenfor.

Speciallægehjælp ydes enten i henhold til overenskomst mellem en sygekassecentralforening og vedkommende speciallægeorganisation, hvilken overenskomst i så fald må være godkendt af socialministeriet på samme måde som overenskomsterne vedrørende almindelig lægehjælp, eller hjælpen ydes uden nogen overenskomst og da inden for et vist maksimumsbeløb og efter henvisning fra medlemmets almindelige læge.

I *København* findes der overenskomster for alle specialer, men med indhold afpasset efter specialets karakter.

Øre-, næse- og halslæger, øjenlæger og speciallæger i fysiurgi aflønnes principielt efter et takst I-system, d. v. s. med et fast årligt honorar pr. tilmeldt medlem, men de får herudover et ekstra honorar for hvert sygebesøg i patientens hjem. - De alment praktiserende læger kan inden for disse specialer uden videre henvise enhver patient, der behøver specialbehandling, til en speciallæge, der er ansat efter denne overenskomst.

For de øvrige specialer gælder i København den såkaldte specialistfondsordning. Sygekasserne betaler specialistbehandlingen inden for disse specialer med et i overenskomsten bestemt beløb pr. ydelse, varierende efter ydelsens karakter, men midlerne til dækning af disse udgifter begrænses ved, at kasserne afsætter et vist beløb om året pr. medlem til en »specialistfond«. Den enkelte praktiserende læge kan kun disponere over et beløb af denne fond svarende til antallet af sine patienter multipliceret med det pr. medlem af sygekassen afsatte beløb. Kontrol med overskridelse af dette rådighedsbeløb føres af et særligt udvalg, der kan påtale overskridelser og eventuelt kontrollere henvisninger til speciallæge. For røntgenspecial-

lægehjælp gælder en særlig specialfond, hvis regler svarer til reglerne for den omtalte fond, dog med en anden regel om begrænsning af henvisningerne.

Uden for hovedstaden gælder for de fleste sygekasser lignende overenskomster som i København, men kun for så vidt angår øre-, næse- og halssygdomme samt øjensygdomme og hudsygdomme. Praktisk taget alle sygekassemedlemmer er omfattet af overenskomster for de to førstnævnte specialer og mange af den sidstnævnte. Da der imidlertid er betydeligt færre speciallæger i provinsen inden for andre specialer, er den faktiske adgang til anden specialbehandling vanskeligere end i hovedstaden. For disse andre specialer er der kun indgået ganske enkelte overenskomster, men de fleste provinskasser yder uden for overenskomsterne den speciallægehjælp, som tilrådes af medlemmernes sædvanlige, praktiserende læge. Sådant hjælp ydes dog med visse begrænsninger, idet der i reglen kun ydes mellem halvdelen og $\frac{3}{4}$ af den enkelte regnings beløb, og der inden for 12 på hinanden følgende måneder ikke ydes et medlem mere end et vist maksimumsbeløb, der normalt udgør 75 kr. Hjælpen ydes efter refusionssystemet, således at patienten selv må udlægge hele udgiften i første omgang.

Folkeforsikringslovens bestemmelse om, at sygekasserne er pligtig til at yde fri lægehjælp, er stedse fortolket således, at *pligten ikke omfatter speciallægehjælp*. Såfremt overenskomst ikke opnås mellem sygekasserne og lægeorganisationerne om ydelse af speciallægehjælp, gælder derfor ingen særlige forpligtelser for kasserne over for deres medlemmer, d. v. s., at der ikke gælder bestemmelser svarende til de foran omtalte i folkeforsikringslovens § 24 om pligt til forøgelse af kassernes andre ydelser eller til refusion af en del af de udbetalte honorarer til speciallæge efter nærmere af socialministeren fastsatte regler, men sygekassemedlemmerne vil være henvist til adgangen til lægehjælp ved en alment praktiserende læge.

Med hensyn til speciallægehjælpen må tilige nævnes, at behovet uden for København for sådan hjælp i mange tilfælde afhjælpes

ved ambulant undersøgelse på sygehus, og at sygekasserne - som det omtales nedenfor i afsnit B - yder medlemmerne fri ambulant behandling på sygehus.

I 1957 var sygekassernes samlede udgift til speciallægehjælp 20,3 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 8,11 kr. pr. medlem. For København indgår heri 2,5 mill. kr. som udgift til behandling på sygekassernes fysiurgiske klinikker, jfr. nedenfor i afsnit K¹⁾.

b) *Fortsættelsesygekasse* refunderer deres medlemmers udgifter til speciallægehjælp efter samme regler som udgifter til almindelig lægehjælp.

Denne refusion er begrænset til de samme maksimumsbeløb pr. ydelse, som refusionen af den almindelige lægehjælp. Da de faktiske honorarer, der betales for speciallægehjælp, er højere end dem, der betales for lægehjælp ved alment praktiserende læge, betyder denne ordning, at den procentvise (dækning af medlemmernes udgifter til speciallægehjælp er væsentligt mindre end den procentvise dækning af deres udgifter til almindelig lægehjælp. Den resterende udgift, der skal bæres af patienterne selv, bliver dermed tilsvarende større for speciallægehjælp end for den almindelige lægehjælp.

Der foreligger ingen særskilt opgørelse af fortsættelsesygekassernes udgifter til speciallægehjælp, jfr. foran under 1, hvor det er nævnt, at kassernes *samlede* udgift til lægehjælp i 1957 var 14,3 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 38,28 kr. pr. medlem.

c) *Udvalgets drøftelser*.

Spørgsmålet om, hvorvidt behovet for speciallægehjælp er dækket i tilstrækkelig grad, indeholder således forskellige problemer: 1) muligheden for på vedkommende sted at have let adgang til speciallægehjælp, herunder udvidet adgang til fribefordring, 2) om der er overenskomst mellem sygekassen og vedkommende lægeorganisation om ydelse af speciallægehjælp, 3) hvorvidt vedtægten måtte hjemle mulighed for refusion af honorarer til speciallæger, med hvem der

1) Se side 153.

ikke er overenskomst, 4) hvorvidt der bør være pligt i lovgivningen til at yde fri speciallægehjælp og dermed i lovgivningen gives anvisning på kompensation til medlemmerne af værdien af denne ret, såfremt den ikke kan gennemføres under de faktiske forhold, 5) i hvilket omfang specialistbehandling kan finde sted ved praktiserende speciallæge eller på sygehus ved ambulante behandling.

Udvalget er opmærksom på, at adgangen til speciallægehjælp ikke er fuldt ud tilstrækkelig, idet der ikke på alle områder er mulighed for gratis undersøgelse og behandling hos speciallæge.

Udvalget har lagt vægt på, at speciallægeordningen ikke svækker den alment praktiserende læges stilling som det centrale led i sygebehandlingen uden for sygehusene. Man kan derfor ikke gå ind for en fri adgang for det enkelte sygekassemedlem til at gå direkte til en speciallæge. Det må være den alment praktiserende læges skøn, der er afgørende for, om speciallægehjælp skal ydes, således at medlemmets adgang hertil altid er betinget af en henvisning fra hans egen læge. På den anden side bør den alment praktiserende læge have adgang til en så omfattende kollegial bistand af speciallægen, at han kan sikre sine patienter en behandling, der er i overensstemmelse med den stedfundne udvikling inden for lægevidenskaben og til fremme af de på andre områder gennemførte muligheder for sygebehandling i hjemmet.

Imidlertid er det næppe muligt at skabe en generel ordening for al speciallægehjælp. For visse specialer opstår ingen vanskeligheder. Dette gælder behandling hos øre-, næse- og halslæger samt øjenlæger og hudlæger, for hvilke der — som foran nævnt — allerede findes overenskomster, der har vundet tilslutning hos kasser over hele landet. Foruden disse specialer findes et stort og stadig voksende antal af anerkendte specialer af så forskelligartet karakter, at den nærmere afgrænsning af sygekassernes hjælp hertil kun ses at kunne fastlægges ad forhandlingens vej. Inden for en række af disse spe-

cialer er der ud over landet kun få speciallæger, der ikke har tilknytning til sygehus. Ofte har den praktiserende læge derfor kun mulighed for at henvise til speciallægebistand hos en speciallæge ansat på et sygehus, og man støder da på spørgsmålet om omfanget af hospitalslægens adgang til privat praksis. Endvidere kræver en del specialer installation af kostbart instrumentarium, som vanskeligt kan tilvejebringes i en privat praksis, hvorfor speciallægehjælpen må ydes på et sygehus.

d) *Udvalgets forslag.*

Udvalget finder, at sygekassernes ydelser af speciallægehjælp efter nærmere overenskomst mellem sygekasser og læger med hensyn til omfanget deraf og vilkårene derfor bør indgå som led i den almindelige lægebehandling, og at der i folkeforsikringsloven bør optages en bestemmelse, der giver sygekasserne anvisning på at optage en sådan ydelse. For speciallægebehandling, for hvilken der endnu ikke kan tilvejebringes en overenskomstmæssig løsning, bør den nugældende regel om refusion af V2 til $\frac{3}{4}$ af udgiften inden for et vist maksimumsbeløb opretholdes.

Fortsættelsessygekasse har som nævnt foran hidtil refunderet udgifter til speciallægebehandling efter samme regler som udgifter til almindelig lægebehandling. Der er i udvalget af sygekassernes og fortsættelsessygekassernes repræsentanter fremsat ønske om, at man i hvert fald for visse specialer (f. eks. øjen-, øre-, næse- og hals- samt hudsygdomme), såfremt der sker henvisning fra den praktiserende læge, kunne yde en højere refusion under forudsætning af overenskomstmæssig fastsættelse af lægehonorarerne.

B. Sygehusbehandling

Til belysning af omfanget af denne ydelse fra såvel sygekasserne som fortsættelsessygekasse må fremhæves, at sygehusenes dagtakst kun dækker en mindre del af deres sygedagsudgift. På de fleste sygehuse er den almindelige betaling for indlæggelse på fæl-

lesstue 12 kr. (for sygekassemedlemmer 6 kr.) pr. sygedag, men enkelte sygehuse, navnlig i de store byer, har en mindre takst. I Københavns kommune er den almindelige takst kun 1,20 kr. pr. dag (for sygekassemedlemmer 60 øre pr. dag), hvilken takst dog er bebudet forhøjet fra budgetåret 1960/61. Sygedagsudgiften varierer fra sygehus til sygehus; i året 1957/58 var udgiften gennemsnitlig ca. 50 kr. excl. forrentning og afskrivning. Den del af sygedagsudgiften, der overstiger takstbetalingen, dækkes af sygehusenes ejere (amts- og købstadkommuner, eventuelt staten) og ved statstilskud.

a) Ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 2, skal *sygekasserne* yde fri sygehusbehandling ved *indlæggelse* på fællesstue på det sygehus eller det offentlige sindssygehospital, der er beregnet for det distrikt, hvor medlemmet bor. Tillige skal sygekasserne betale for medlemmernes behandling på Rigshospitalet og på Statshospitalet i Sønderborg og for behandling på anerkendte tuberkuloseanstalter.

Det beløb, sygekasserne skal betale, er ifølge folkeforsikringslovens § 16 indtil halvdelen af den dagtakst, der er fastsat for ophold eller behandling på sygehus.

I det omfang, det er fastsat i sygehusregulativerne, ydes også af sygekasserne *ambulant behandling* på sygehusene. Også her betaler sygekasserne kun halv takst. Behandling på sygehus omfatter navnlig røntgenbehandling, medicinske bade, lysbehandling og behandling på skadestue af f. eks. ulykkesramte. Der gælder ikke begrænsninger i medlemmernes ret til ambulante behandling på sygehus.

Sammen med den ambulante behandling kan nævnes adgang til ambulante undersøgelser, især røntgenundersøgelser og for en del sygekasser muligheden for benyttelse af særligt laboratorium (i København) eller for benyttelse af sygehuslaboratorium. Herved sikres specialkyndig bistand for de praktiserende læger.

Ifølge vedtægten kan også betales for andre sygehusophold m. m. end i de tilfælde,

i hvilken kasserne ifølge loven har betalingspligt, f. eks. ved indlæggelse eller behandling på radiumstationerne (efter overenskomst med Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse), Finseninstituttet, Dr. Louises Børnehospital m. v., ved indlæggelse i særforsorgsanstalter for epileptikere, vanføre eller talelidende, ved indlæggelse på Dansk Røde Kors' kuranstalt i Hald og endvidere ved indlæggelse på f. eks. private sygehuse eller privatklinikker, i hvilke tilfælde der betales samme sygedagstakst som på fællesstue på distriktets offentlige sygehus.

I 1957 var sygekassernes samlede udgifter til sygehusbehandling 38,1 mill. kr., d.v.s. gennemsnitlig 14,54 kr. pr. medlem. Heraf var 31,2 mill. kr. betaling til almindelige, offentlige sygehuse. Sammenligningsvis bemærkes, at disse sygehus driftsunderskud i 1954/55 var ialt 297,6 mill. kr.

b) *Fortsættelsessygekasserne* refunderer udgifter til sygehusophold med regningens fulde pålydende, hvis dette beløb ikke overstiger fællesstuetaksten på offentlige sygehuse i pågældende område. Det bemærkes, at fortsættelsessygekasserne ikke får taksten nedsat til halvdelen, således som sygekasserne gør det.

I 1957 var fortsættelsessygekassernes samlede udgifter til sygehusbehandling 7,7 mill. kr., d.v.s. gennemsnitlig 19,94 kr. pr. medlem.

c) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne bør betale for sygehusbehandling under indlæggelse på fællesstue og for ambulante behandling på almindelige sygehuse og specialsygehuse, drevet af det offentlige. Betalingspligten bør tillige gælde specialsygehuse, til hvilke der er givet offentlig anerkendelse, og lignende, dog således at kasserne i disse tilfælde kun betaler det beløb, der svarer til taksten på hjemstedets sygehus, dog mindst den for Rigshospitalet gældende sygekassetakst. Sygekassernes betalingspligt vil herefter ud over de almindelige sygehuse omfatte f. eks. hospitaler for sindslidende, tuberkuloseanstalter, radiumstationer, gigt-

sanatorier og neurokirurgiske afdelinger. Udvalgets forslag går således — i forhold til de nuværende regler og den hidtidige praksis — ud på at bringe området for sygekassernes pligtige ydelse af sygehushjælp i overensstemmelse med foranstående.

Udvalget har ikke taget stilling til spørgsmålet om den særlige takstnedsættelse for sygekassemedlemmer, da man er bekendt med, at spørgsmålet om dennes opretholdelse er drøftet i udvalget om sygeforsikringens principspørgsmål^{1a}). Man bemærker derfor, at takstnedsættelsen - hvis den iøvrigt oprettholdes — bør udvides til også at gælde for laboratorieundersøgelser.

Fortsættelsesygekasserne bør fortsat efter refusionssystemet yde frit ophold ved indlæggelse på fællesstue og tilskud til ambulans behandling på almindelige hospitaler og offentlige specialsygehuse.

Udvalget er iøvrigt enigt om, at den nu gældende ordning må betragtes som dækkende.

Om *hovedkommissionens* drøftelser om betaling for ophold på specialsygehuse henvises til afsnit V.A. 2⁾).

C. Medicinhjælp

a) *Sygekasserne* skal til deres ubemidlede, nydende medlemmer ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4, betale ³A af udgiften til *livsvigtige præparater*, d.v.s. præparater, der er opført på en af socialministeriet udfærdiget fortegnelse, når de anvendes til de bestemte sygdomme, der er angivet i denne fortegnelse. Hele udgiften til denne hjælp refunderes kasserne af statskassen. Af den fjerdedel, medlemmerne herefter skal betale, dækkes ¹/₄, d.v.s. Vi6 af den fulde pris for præparatet, med tilskud fra apotekerfonden.

Herudover skal kasserne betale ³/₄ af udgiften til lægeordineret medicin, som står på en fortegnelse over *særlig betydningsfuld medicin* udfærdiget af socialministeriet. Kasserne modtager intet statstilskud til deres udgifter hertil. Også til denne medicin betaler

1a) Se side 134, jfr. også side 157.

2) Se side 157 f.

apotekerfonden Vi6 af den fulde pris, således at medlemmernes egen betaling også her kun bliver ³/₁₆.

Endelig kan det i en sygekasses vedtægt bestemmes, at kassen betaler ³/₄ af udgiften til den såkaldte *dispensationsmedicin*. Der kan således i tilfælde af alvorlig og langvarig sygdom ydes hjælp til sovemidler, beroligende midler, feber- og smertestillende midler, expectorerende og hostestillende midler, syrebindende midler samt midler til lokal behandling af hud- og slimhinder, alt for så vidt lægen skønner, at sygdomstilfældet til stadighed og gennem længere tid vil kræve behandling med midler af den nævnte art. Der modtages heller ikke til disse udgifter statstilskud, og apotekerfonden yder heller ikke tilskud.

Til medicin, der ikke omfattes af de foran nævnte fortegnelser fra socialministeriet, er sygekasserne ikke berettiget til at yde tilskud, men i en række enkelttilfælde tillader socialministeriet efter indstilling fra sundhedsstyrelsen, at en sygekasse yder patienten tilskud til et præparat, som ikke er omfattet eller endnu ikke er omfattet af bekendtgørelsens fortegnelser, således at hjælpen i disse tilfælde ydes efter samme regler som for særlig betydningsfuld medicin. Derimod kan hjælpen ikke ydes efter reglerne for livsvigtig medicin (med dertil hørende statstilskud).

Sygekassernes samlede udgifter til medicin var i 1957 36,5 mill. kr., d.v.s. gennemsnitlig 14,57 kr. pr. medlem. Heraf var 7,7 mill. kr. til livsvigtig medicin, 23,5 mill. kr. til særlig betydningsfuld medicin og 5,3 mill. kr. til anden medicin.

b) *Fortsættelsesygekasserne* kan i deres vedtægt fastsætte regler om hjælp til medicin, men som hovedregel ydes denne hjælp ikke. Kun 5 af kasserne har en vedtægtsbestemmelse herom, og de yder kun delvis medicinhjælp. Ligesom andre, der ikke er nydende medlemmer af sygekasser, har fortsættelsesygekassernes medlemmer derimod adgang til et tilskud af apotekerfonden. Det ydes i disse tilfælde alene til nedsættelse af prisen på livsvigtige præparater efter den foran om-

talte fortegnelse, og det udgør ³/_i af den almindelige pris på disse præparater.

I 1957 var fortsættelsessygekassernes samlede udgifter til medicinhjælp 0,7 mill. kr., en udgift, der dog som nævnt alene vedrører nogle få kasser.

c) I forbindelse med foranstående må nævnes et par muligheder for, at den del af udgiften, som normalt betales af medlemmet, kan blive godtgjort ham:

I trangstilfælde kan sådan betaling ske som særhjælp i henhold til forsorgslovens § 272.

Såfremt det beløb til livsvigtig medicin, der ikke dækkes af sygekassernes medicintilskud, i løbet af et år overstiger ca. 50 kr., kan betaling ske fra invalideforsikringsfonden i henhold til folkeforsikringslovens § 60, såfremt præparatet har afgørende betydning for pågældendes erhvervsevne.

d) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne bør (med fuld statsrefusion) yde ³/₄ af betalingen for *livsvigtige præparater*. Dette svarer til den nugældende regel i folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 4.

Medlemmet bør selv bære ¹/₄ af udgiften, og udvalget henstiller derfor, at man rationaliserer den nuværende finansieringsordning, hvorefter medlemmer ved tilskud fra apotekerfonden får en yderligere reduktion af betalingen med *Vie* af prisen. Den merudgift, dette vil belaste medlemmerne med, bør opvejes af andre former for lettelser på medicinområdet.

Fortsættelsessygekassernes medlemmer bør fortsat - som efter den nuværende apotekerfundsordning - have ³A tilskud til betalingen for livsvigtige præparater og selv bære den resterende ¹/₄, eventuelt — hvis en rationalisering begrunder en nyordning - efter samme system som inden for sygekasserne: at fortsættelsessygekasserne får refusion for udlæg til et sådant tilskud.

Sygekasserne bør yde et tilskud på ³/₄ af betalingen for *særlig betydningsfuld medicin*; dette svarer til reglen i folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 5. Da medlemmerne

bør bære *V4* af udgiften selv, foreslås det, ligesom det foran er foreslået for den livsvigtige medicin, at apotekerfondens tilskud på *V16* afskaffes, for at man kan opnå en rationalisering af finansieringsordningen.

Det anses for ønskeligt, at *fortsættelsessygekasserne* indfører et tilskud svarende til mindst halvdelen af udgiften til særlig betydningsfuld medicin.

Det bør fortsat være frivilligt, om *sygekasserne* yder tilskud til *dispensationsmedicin*. Såfremt tilskud ydes, skal dette svare til ³A af betalingen. Man opretholder herved den i folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 12, omtalte ordning, og de nærmere regler, der er angivet i socialministeriets bekendtgørelse om de anerkendte sygekassers ydelser af medicinhjælp, senest af 14. februar 1956.

Fortsættelsessygekasserne bør ikke yde tilskud til dispensationsmedicin, idet sådant skønnes mindre påkrævet under hensyn til medlemmernes økonomiske bæreevne og udgifternes størrelse og deres karakter (vel ved vedvarende sygdomme, men normalt af jævn størrelse).

Om *hovedkommissionens* drøftelser om medicinhjælp henvises til afsnit *V.A.* ³).

D. Hjemmesygepleje

a) *Gældende regler.*

Ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 6, er sygekasserne pligtige at yde deres nydende medlemmer fri hjemmesygepleje gennem kassernes deltagelse i den kommunale hjemmesygepleje. Denne pligt for sygekasserne gælder dog kun, hvis der ikke på anden måde (f. eks. ved kommunens foranstaltning) er sikret deres nydende medlemmer vederlagsfri hjemmesygepleje.

Den kommunale hjemmesygepleje er organiseret ved lov nr. 79 af 29. marts 1957, og samtidig hermed indførtes i folkeforsikringsloven pligt til for sygekasserne at yde hjem-

³) Se side 157.

mesygepleje. Efter hjemmesygeplejeloven påhviler det enhver kommune at sørge for, at der i kommunen findes en forsvarlig ordning af hjemmesygeplejen, således at der er adgang til denne for alle kommunens indbyggere. Administrationen af ordningen kan af kommunerne overlades til hjemmesygeplejeforeninger, sygekasser, menighedsplejer eller lignende. En hjemmesygeplejeordning, der opfylder lovens krav, skal i almindelighed være etableret senest 1. april 1959, men denne frist vil dog under særlige omstændigheder kunne forlænges, dog ikke ud over 1. april 1962.

I en række kommuner har kommunalbestyrelserne besluttet sig til at yde *vederlagsfri* hjemmesygepleje til alle kommunens indbyggere, uanset deres indtægtsforhold. I kommuner, hvor en sådan beslutning ikke er truffet, forudsættes dækning for udgifterne til hjemmesygepleje tilvejebragt således:

Betalingen for hjemmesygeplejen fra personer, som ikke er nydende medlemmer af sygekasser, herunder altså også fortsættelsesygekassernes medlemmer, kan enten finde sted ved medlemskab i en hjemmesygeplejeforening (formentlig 12 kr. årlig pr. husstand eller for enkeltpersoner ca. 6 kr. årlig), eller der afkræves en takst pr. besøg, hvilken takst efter de gældende retningslinier almindeligvis ligger på 5 kr. pr. besøg, dog reduceret til 2,50 kr., for så vidt angår seriebesøg (f. eks. for at give injektioner).

Som betaling for hjemmesygeplejen til sygekassernes nydende medlemmer betaler kasserne til kommunerne 40 pct. af disses samlede udgifter efter fradrag af andre indtægter, dog at sygekasserne - bortset fra særlige tilfælde — højst skal betale 3 kr. årlig pr. medlem.

Udgiftstal efter den nye lov foreligger endnu ikke.

b) *Udvalgets forslag.*

Udvalget finder, at spørgsmålet om sygekassernes nydende medlemmers ret til hjemmesygepleje er løst ved den særlige lovgivning om hjemmesygepleje.

Med hensyn til *fortsættelsesygekassernes*

medlemmer henvises ligeledes til hjemmesygeplejeloven og dens finansieringsmuligheder, herunder muligheden enten for indmeldelse i hjemmesygeplejeforening eller for kommunerne til at overgå til vederlagsfri hjemmesygepleje for alle.

E. **Husmoderafløsning**

Sygekasserne har ikke adgang til at yde deres medlemmer almindelig hushjælp under sygdom, og sådan hjælp kan ikke ydes som led i hjemmesygeplejen. Hele spørgsmålet om hushjælp i sygdomstilfælde er ordnet i henhold til lov af 7. juni 1952 om husmoderafløsning (dog med en enkelt yderligere bestemmelse i forsorgsloven i tilfælde, hvor hushjælp under en moders sygdom kan forhindre et barns fjernelse fra hjemmet).

Kommunerne afgør selv, om de vil etablere husmoderafløsningsordninger. Husmoderafløsning findes i 769 kommuner, herunder samtlige købstæder med over 5.000 indbyggere.

Husmoderafløsning ydes til private hjem, når der dokumenteres midlertidigt behov herfor på grund af sygdom og rekonvalescens eller efter fødsel. Varigheden er normalt højst 14 kalenderdage. Der er dog visse muligheder for at dispensere herfra. Hjælpen er navnlig beregnet på hjem med børn, **når** husmoderen er syg, men den kan dog også ydes i andre situationer. Der betales intet af de mindstbemidlede; andre betaler efter en skala, der tager hensyn til modtagerens økonomiske forhold, således at den højeste betaling omtrent svarer til den løn, der ydes en husmoderafløser uden den særlige uddannelse som sådan. Ved betalingens fastsættelse tages alene hensyn til den pålignede statsskats størrelse samt antallet af børn. Normalt påregnes husmoderafløsning givet 8 timer dagligt, men den kan dog - mod tilsvarende nedsat betaling — gives i kortere tid dagligt.

Udvalget betragter spørgsmålet om *hushjælp* i sygdomstilfælde som løst ved lovgivningen om husmoderafløsning.

F. Hjælp i anledning af fødsel

a) I anledning af fødsel giver *sygekasserne* fri jordemoderhjælp, nødvendig lægehjælp samt den såkaldte fødselspakke, som indeholder de nødvendige forbindsstoffer. Herudover gives dagpenge, hvorom henvises til kapitel 13 med forslagene fra dagpengeunderudvalget.

Principielt har sygekasserne ikke pligt til at betale for ophold på sygehuse eller klinikker i forbindelse med fødsel. Hvis fødslen er sygeligt forløbende, betaler kasserne dog de almindelige sygehustakster, jfr. afsnit B; herudover betaler sygekasserne ved disse indlæggelser tillige for jordemoderassistance m. v., når særskilt betaling kræves herfor. Ved normal fødsel på sygehus betales alene for jordemoderassistance, når betaling herfor afkræves særskilt; i andre tilfælde godtgøres udgiften til sygedagstaksten inden for den grænse, som sættes af udgifterne til jordemoderhjælp, lægehjælp m. m. ved fødsel i hjemmet. Der er ingen pligt til at yde lægehjælp alene med det formål at give fødselsnarkose, men hjælp hertil ydes dog faktisk i vidt omfang som led i den nødvendige lægehjælp.

Der kan være anledning til at pege på, at der i barseltilfælde er ubetinget ret til 14 dages dagpenge af den størrelse, medlemmet har sikret sig, uafhængigt af, om der har været 14 dages arbejdsudygtighed. Yderligere kan peges på de i kapitel 13⁴⁾ om dagpengeordningen omtalte særlige dagpenge til kvinder omfattes af arbejderbeskyttelses lovgivningen.

I 1957 var sygekassernes samlede udgifter til jordemoder- og lægehjælp ved fødsel 10,6 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 4,22 kr. pr. medlem.

Sammen med sygekassernes ydelse i barseltilfælde kan erindres om den bistand, der kan fås fra mødrehjælpsinstitutionerne (hvis udgifter i hovedsagen bæres af staten og kommunerne), lovgivningen om svangerskabs-hygienje, hvorefter der er ret til vederlagsfri undersøgelse af gravide kvinder af læge og jordemoder (udgifterne afholdes af staten), loven om mælkehjælp til svangre og til mød-

4) Se side 197.

re med børn under V2 år, hvilken hjælp ydes til alle, der opfylder de økonomiske betingelser for nydende medlemskab af sygekasse (udgifterne afholdes af kommunen og refunderes fuldt ud af statskassen).

b) *Fortsættelsessygekasserne* yder efter tilsvarende refusionssystem som ved lægehjælp hjælp til læge og jordemoder samt eventuelt hospitalsindlæggelse og indlæggelse på klinik, således at der for refusionen af alle disse poster gælder maksimumsbeløb.

I 1957 var fortsættelsessygekassernes samlede udgifter til jordemoder- og lægehjælp ved fødsel 0,5 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 1,35 kr. pr. medlem.

d) Udvalgets jo islag.

Sygekasserne bør yde fri barselhjælp, d. v. s. fri jordemoderhjælp og fri lægehjælp (herunder fødselsnarkose) samt de ved fødslen nødvendige forbindsstoffer. Modsat den nugældende ordning, jfr. folkeforsikringslovens § 19, stk. 1 og 2, foreslås der således en vis udvidelse med hensyn til lægehjælp, som efter de gældende regler er betinget af, at jordemoderen eller vedkommende læge har skønnet det nødvendigt, at den fødende undergives lægebehandling.

Et af indenrigsministeriet nedsat *udvalg om fødselshjælp m. m.* har i en betænkning (II) i 1956 berørt forskellige spørgsmål i forbindelse med sygekassernes ydelser ved fødsel. Dette udvalg har foreslået, at fødende i højere grad end nu skal indlægges på offentlige sygehuse, og at denne indlæggelse bør ske mod betaling af samme takst som ved andre sygehusophold (medens der nu ved flere sygehuse betales en forhøjet takst). Fødselshjælpsudvalget har ikke villet foreslå at ændre den almindelige ordning om, at jordemoderbetalingen er sygehusene uvedkommende, idet man er gået ud fra, at patienternes egen jordemoder burde bistå ved fødslen også på sygehus. Hvis hjælpen ydes af en på sygehuset ansat jordemoder, bør der derimod ikke kunne forlanges nogen særbetaling. Fødselshjælpsudvalget foreslår, at det pålægges sygekasserne at betale for sygehusopholdet også ved normal fødsel.

På grundlag heraf finder nærværende udvalg, at sygekasserne i barseltilfælde bør betale for indlæggelse på de i afsnit B. c) nævnte sygehuse (herunder disse sygehuses fødeklinikker) i det omfang, disse omfattes af reglerne om betaling for sygehusindlæggelse.

Med hensyn til den fremtidige størrelse af de i folkeforsikringslovens § 19 omhandlede barseldagpenge henvises til kapitel 13.

Danske Kvinders Nationalråd har i en skrivelse af 13. april 1955, der er af trykt som bilag 3⁵), rettet henvendelse om indførelse af *moderskabshjælp* (d. v. s. en hjælp til enhver fødende til dækning af de med fødslen forbundne udgifter). Det er udvalgets opfattelse, at indførelse af en sådan konstant ydelse ikke kan betragtes som et sygeforsikrings spørgsmål, men at der er tale om et familiepolitisk spørgsmål. Hvis der indføres en særlig lovgivning herom, kan det derimod overvejes at henlægge udbetalingen af ydelsen til sygekasserne.

Udvalget må iøvrigt anse barselhjælpen for dækkende.

Fortsættelsessygekasserne bør efter refusionssystemet fortsat yde tilskud til jordemoder- og lægehjælp samt ophold på sygehus m. v.

Udvalget finder, at lovens regler om barseldagpenge også bør gælde fortsættelsessygekassernes medlemmer, men henviser iøvrigt med hensyn til dette spørgsmål til kapitel 13.

G. Begravelseshjælp

a) Siden 1954 har *sygekasserne* haft pligt til at yde alle deres nydende medlemmer begravelseshjælp. Størrelsen af denne udgør for tiden 550 kr. (beløbet pristalsreguleres). Samtlige sygekasser skal efter loven være tilsluttet en udligningskasse.

I 1957 var sygekassernes samlede udgifter 14,9 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 5,95 kr. pr. medlem.

b) Ligeledes fra 1954 har *fortsættelsessygekasserne* haft adgang til at yde deres

medlemmer begravelseshjælp, og denne vil efterhånden blive ydet til samtlige disse kassers nydende medlemmer. Fortsættelsessygekasserne er også tilsluttet den foran omtalte udligningskasse.

I 1957 var fortsættelsessygekassernes samlede udgifter 1,4 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 3,70 kr. pr. medlem. Det fremhæves herved, at ikke alle medlemmer var berettiget til denne hjælp.

c) Der ydes ikke statstilskud til begravelseshjælpsudgifterne.

d) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne bør yde begravelseshjælp, herunder børnebegravelseshjælp, efter de hidtidige regler, jfr. folkeforsikringslovens § 20.

Fortsættelsessygekasserne bør fortsat yde begravelseshjælp efter de for udligningskassen for begravelseshjælp gældende regler, der som nævnt efterhånden ganske vil svare til reglerne for sygekasserne.

H. Tandpleje

Under udvalgets drøftelser vedrørende denne ydelse har 2 repræsentanter for Tandlægeforeningen, tandlægerne V. Stenning og H. Rakov været tilkaldt.

a) Det er frivilligt, om *sygekasserne* vil yde deres medlemmer tandlægehjælp, jfr. folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 9. Om denne hjælp ydes, afhænger derfor af vedtægternes bestemmelse.

Ved socialministeriets bekendtgørelse af 27. september 1933 er der fastsat nærmere regler herom. Tandlægehjælpen kan herefter ydes til kassernes nydende medlemmer og deres børn under 15 år til behandling af sygdomme i tænder, lokal behandling af godartede sygdomme i tandkød og kæber m. v., som står i direkte forbindelse med tandsygdomme, tandfyldninger med cement, emaljement og amalgam, tandrensning og tandudtrækning samt nødvendig lokalbedøvelse. Der ydes statstilskud på $\frac{1}{4}$ af udgifterne hertil.

⁵) Se side 242.

Mellem sygekasserne og tandlægerne er afsluttet overenskomster, der dækker hele landet, men disse overenskomster er ikke udnyttet i samme omfang af alle kasser. Efter overenskomsterne ydes hjælpen i København efter takst I, d. v. s. med et årligt honorar pr. medlem, hvilket honorars størrelse afhænger af forholdet mellem det samlede medlemstal og det antal medlemmer, der har søgt tandlægehjælp for kassens regning. Der betales af disse kassers medlemmer en kontrolafgift for de enkelte ydelser. Hjælpen ydes uden for København efter takst II, hvorefter der kan betales indtil $\frac{4}{5}$ s af tandlægens honorar og skal betales mindst halvdelen af dette honorar.

I alt ca. 1.000 kasser med 2.100.000 medlemmer har kontrakt med tandlæger om egentlige tandbehandlinger, medens ca. 500 kasser med 373.000 medlemmer alene yder hjælp til tandudtrækning. De sidstnævnte kasser betaler tandlægens fulde honorar. Et ganske lille antal sygekasser med ca. 20.000 medlemmer (mindre end 1 pct. af sygekassernes samlede medlemstal) yder ingen tandlægehjælp. Løvrigt kan tandudtrækning finde sted for sygekassens regning hos de almindeligt praktiserende læger.

Betaling for tandrensning ydes kun i sygekasser, der betaler efter takst II. Ifølge overenskomsterne er endvidere fastsat en række takster for tanderstatninger (proteser) og særlige ydelser, herunder lokalbedøvelse ved nerveekstraktion, smertestillende forbehandling ved tandfyldning uden for rodbehandling og behandling af mundbetændelse. Sådanne honorarer udredes fuldtud af patienterne; i de andre kasser gælder en takstaftale ligesom den nævnte om proteser m. v.

I 1957 var sygekassernes samlede udgift til tandpleje 21,5 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 8,58 kr. pr. medlem.

b) *Fortsættelsesygekasserne* yder ikke hjælp til tandbehandling.

c) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne bør yde tilskud med halvdelen, eventuelt mere, hvis den enkelte kasse

vedtager det, til konserverende tandpleje, således at ydelsen er obligatorisk for sygekasser på steder, hvor der findes en skoletandplejeordning, idet udvalget anser det for rimeligt, at der efter skolegangens slutning overalt bliver adgang til at fortsætte tandplejen gennem sygekasserne. For de øvrige kasser må der fremdeles alene være tale om en frivillig ydelse. Bortset fra, at ydelsen i det angivne omfang bliver pligtig, svarer dette til de nugældende regler, folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 9, og socialministeriets bekendtgørelse af 27. september 1933.

Det har været drøftet, hvorvidt man under et system, der fremmer regelmæssigt tandeftersyn, f. eks. 2 gange årligt, kunne yde $\frac{3}{4}$ tilskud til dem, der gik til et sådant eftersyn. Udvalget finder det ønskeligt, at man arbejder hen imod en sådan ordning, og vil foretrække en udbygning af tandlægebehandlingen på denne måde frem for indførelse af nye ydelser.

Udvalget har endvidere drøftet spørgsmålet om tandretning og er klar over betydningen heraf. Man mener dog ikke for tiden at kunne gå videre med dette spørgsmål, der først bør løses, for så vidt angår skoletandplejen.

Det anses for ønskeligt, at også *fortsættelsesygekasserne* yder tilsvarende erstatning for udgifter til konserverende tandpleje. Det er udvalget bekendt, at fortsættelsesygekasserne herved forudsætter, at der oprettes og består en overenskomst mellem dem og Tandlægeforeningen om behandlingstaksterne.

Om *hovedkommissionens* drøftelser af tandpleje henvises til afsnit V.A. ⁶⁾.

J. Ophold på rekonvalescenthjem

a) Ifølge folkeforsikrings lovens § 22, stk. 1, nr. 11, kan en sygekasse i sin vedtægt bestemme, at kassen betaler for medlemmers ophold på rekonvalescenthjem, som er godkendt af socialministeren. Vedtægtsmæssig hjemmel hertil har alle hovedstads- og køb-

⁶⁾ Se si.de 157.

stadssygekasser samt de fleste sygekasser i landkommunerne. Det er en betingelse for sygekassens betaling, at opholdet er afsluttende led i en kur på sygehus eller lægebehandling i hjemmet, og ifølge praksis kræves i sidstnævnte tilfælde, at lægebehandlingen skal have varet i længere tid. Socialministeriet godkender taksterne for opholdet. Disse takster dækker ikke altid den faktiske udgift, og restudgiften afholdes i så fald af hjemmets ejer. En del af hjemmene ejes af sygekasserne, som således dækker deres driftsunderskud.

I 1957 var sygekassernes samlede udgifter 2,0 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 0,79 kr. pr. medlem.

b) *Fortsættelsesygekasserne* yder ifølge vedtægten i adskillige tilfælde hjælp til rekonvalescenthjemmsophold.

c) *Udvalgets forslag.*

Sygekasserne bør have adgang til - hvis de ønsker det - at yde frit ophold på anerkendte rekonvalescenthjem ligesom efter de gældende regler, jfr. folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 11.

Ydelsen anses for at være tilstrækkeligt dækkende allerede nu.

Fortsættelsesygekasserne bør fremdeles yde ophold på rekonvalescenthjem i tilsvarende omfang som sygekasserne.

K. Massage og bade

a) Med hjemmel i vedtægterne yder *sygekasserne* i København og omegn samt Odense massagebehandling på massageklinikker, oprettet af kasserne. Til disse klinikker er knyttet speciallægetilsyn. Behandlingen er gratis for medlemmerne. Uden for København yder ca. 900 sygekasser, herunder de fleste bysygekasser, massagebehandling som regel ved praktiserende fysioterapeuter, der skal være autoriseret af Den alm. danske Lægeforening. Der findes overenskomster mellem sygekasserne og fysioterapeuternes organisation om takster m. v. Disse takster

gælder pr. ydelse, og hjælpen til medlemmerne dækker i reglen en vis brøkdel, for tiden halvdelen eller $\frac{2}{3}$ af betalingen, dog højst et vist beløb pr. år. En forudsætning for hjælpen er, at pågældende er henvist af sin sædvanlige læge.

I København betaler sygekasserne for badebehandling ordineret af læge. Denne behandling ydes som regel ambulant på kommunale hospitaler, hvortil sygekassen pr. behandling betaler det samme som for en dags indlæggelse. Uden for København betaler ca. 800 (de største) sygekasser badebehandling, i reglen inden for lignende maksimumsgrænser som for massagebehandling. Behandlingen skal være ordineret af læge og ydes på anerkendte bade- og kuranstalter, med hvilke der er afsluttet overenskomst, godkendt af direktoratet for sygekassevesenet, bl. a. om taksten for behandlingen.

Hvis et sygekassemedlem af sin læge henvises til ambulant massage-, bade- eller lysbehandling på sygehus, betaler sygekasserne som nævnt foran under B efter sædvanlig sygehustakst hele udgiften, uanset om de har vedtægtshjemmel til ydelse af massage m. v., og uanset om betalingen overskrider de begrænsninger, der måtte være fastsat for sådan hjælp i vedtægterne.

I 1957 var sygekassernes samlede udgifter til massage og bade 4,2 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 1,67 kr. pr. medlem. Udgifterne for hovedstaden, ialt 2,5 mill. kr., indgår dog ikke heri, men i udgiften til speciallægehjælp, jfr. foran i afsnit A.2.⁷⁾

b) *Fortsættelsesygekasserne* giver tilskud til massage m. v. inden for et vist maksimum.

I 1957 var fortsættelsesygekassernes samlede udgifter til massage og bade 1,4 mill. kr., d.v.s. gennemsnitlig 3,60 kr. pr. medlem.

c) De her nævnte udgifter ud over sygekassernes andel kan efter ulykkesforsikringsloven afholdes af vedkommende forsikrings-selskab eller i henhold til folkeforsikringslovens § 60 afholdes af invalideforsikringsfonden som led i optræningsmæssige foranstaltninger.

⁷⁾ Se side 143.

d) *Udvalgets forslag.*

Der bør efter udvalgets opfattelse i § 22 indføjes en bestemmelse om, at *sygekasserne* kan yde tilskud svarende til $\frac{2}{3}$ af betalingen inden for et vist maksimum på grundlag af overenskomst med fysioterapeuternes organisation. Dette svarer til hidtidig praksis.

Fortsættelsessygekasserne bør yde erstatning for udgifter til fysiurgisk behandling efter de hidtil gældende regler.

L. Brilller

a) Hjælp til briller ydes af næsten alle *sygekasser* ifølge bestemmelser i vedtægten. De større *sygekasser* betaler udgifterne til brilleglas samt et tilskud, der dækker udgiften til et passende brillestel. Det er oplyst for udvalget, at denne ordning for tiden søges vedtægtsmæssigt udvidet til alle *sygekasser*.

I 1957 var *sygekassernes* samlede udgifter 4,8 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 1,90 kr. pr. medlem.

b) *Fortsættelsessygekasserne* giver **ikke** tilskud til køb af briller eller brilleglas.

c) *Udvalgets forslag.*

Udvalget finder ikke anledning til at gå nærmere ind på *sygekassernes* brilleydelse.

Fortsættelsessygekasserne bør fremdeles ikke yde tilskud til brillekøb.

M. Bandager og andre hjælpemidler

a) Med hjemmel i vedtægten yder de fleste *sygekasser* hjælp til anskaffelse af bandager og kunstige lemmer m. m.

Til større hjælpemidler (f. eks. kunstige lemmer) ydes kun hjælp ved første anskaffelse og sædvanligvis med $\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$ af betalingen, som regel dog højst 50 kr. Til mindre bandager og hjælpemidler ydes en tilsvarende brøkdel af udgiften, og her gælder et samlet maksimumsbeløb for hvert medlem, normalt 25 kr. i løbet af 12 på hinanden følgende måneder. Hvis bandager og lignende ydes i forbindelse med et sygehusophold, betaler *sygekassen* sygehuset halvdelen af den

almindelige sygehustakst fer pågældende hjælpemiddel.

I 1957 var *sygekassernes* samlede udgifter til bandager og andre hjælpemidler 1,8 mill. kr., d. v. s. gennemsnitlig 0,72 kr. pr. medlem.

b) *Fortsættelsessygekasserne* giver ikke hjælp til disse hjælpemidler.

c) Af *invalidefor sikringsfonden* **kan der** efter folkeforsikringslovens § 60, stk. 1 a, gives hjælp til bandager og andre hjælpemidler f. eks. høreapparater, når sådanne uden uforholdsmæssig udgift skønnes at kunne afhjælpe eller i betydelig grad formindske en bestående invaliditet, og altså uanset om hjælpemidlet har betydning for erhvervs-evnen. I almindelighed kan der ikke gives hjælp til udgifter på under 50 kr. Hvis *sygekassen* har vedtægtshjemmel til at give tilskud, betaler *sygekassen* først sit maksimale tilskudsbeløb, som nævnt normalt 50 kr., og *invalideforsikringsfonden* altså alene den resterende del.

d) *Udvalgets forslag.*

Efter udvalgets opfattelse bør der fortsat være adgang for *sygekasserne* til, hvis de vil det, at yde de såkaldte bagatelydelser som frivillig ydelse. De fleste *sygekasser* har på nuværende tidspunkt vedtægtsmæssige bestemmelser om hjælp til større bandager, men ydelsen er normalt begrænset: til første anskaffelse og med et maksimum på 50 kr. Den resterende del af udgiften afholdes som oftest af *invalideforsikringsfonden* i henhold til folkeforsikringslovens § 60. Udvalget finder, at *sygekassernes* tilskud til disse større anskaffelser bør afskaffes, således at *invalideforsikringsfonden* fremtidig bærer den fulde udgift; den reelle virkning af den nuværende refusionsmulighed er ganske uvæsentlig, og den medfører derfor en urimelig administration.

Fortsættelsessygekasserne bør fremdeles ikke yde refusion af disse udgifter.

III. AFSLUTNING AF OVERENSKOMSTER MELLEM SYGE- OG FORTSÆTTELSESSYGEKASSER OG ORGANISATIONER AF LÆGER, TANDLÆGER M. FL.

Fortsættelsesygekassernes repræsentant i kommissionen har i underudvalget stillet forslag om, at bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 25 (om voldgiftsrådet til afgørelse af tvistigheder mellem sygekasser og læger eller jordemødre⁸⁾) ændres til følgende affattelse (hvori er fremhævet hovedudvidelserne i forhold til de nugældende regler):

»Der oprettes et råd, for hvilket uoverensstemmelser mellem sygekasser eller *fortsættelsesygekasser* og læger, *tandlæger*, jordemødre eller *fysioterapeuter* om oprettelse af overenskomster eller om forståelse af bestående overenskomster de nævnte parter imellem vedrørende ydelser til medlemmer af de pågældende kasser kan indankes.

Til at indtræde i rådet vælger De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser, *De samvirkende statskontrollerede Fortsættelsesygekasser*, Den almindelige danske Lægeforening, *Dansk Tandlægeforening*, Den almindelige danske Jordemoderforening og foreningen *Danske fysioterapeuter* for 3 år ad gangen hver 2 medlemmer og 2 stedfortrædere for de valgte.

Medlemmerne af rådet vælger selv en formand for dette, således at der til valg udkræves mindst ²/_h af afgivne stemmer. Opnås sådant stemmeflertal ikke, vælges formanden af socialministeren. Valg af formand foretages for tre år ad gangen.

I rådets behandling af de for dette foreliggende sager deltager næst efter formanden de fire af rådets medlemmer, der er valgt af de to foreninger, hvis forhold er genstand for behandling.

Rådets kendelse er bindende for parterne,

når kendelsen omhandler forståelsen af bestående overenskomster. I andre tilfælde er kendelsen kun bindende for parterne, såfremt de har været enige om at indbringe sagen for rådet. Har parterne ikke været enige herom, og nægter en af dem at bøje sig for kendelsen, afgives denne af formanden til socialministeren, *der, efter at have afæsket den ifølge lov om afgørelse i arbejdsstridigheder bestående forligsinstitution en erklæring i sagen, på grundlag af nævnte erklæring træffer afgørelse i sagen.*

De nærmere bestemmelser om rådets virksomhed fastsættes af socialministeren efter forud indhentet erklæring fra rådet. Med hensyn til udbetaling af dagpenge og vederlag for rejseudgifter til rådet gælder de i tjenestemandensloven for kommissioner og nævn fastsatte regler. Udgifterne til rådets virksomhed fordeles forholdsmæssigt mellem de foran nævnte foreninger, angående hvilke rådet har haft sager til behandling«.

Forslaget tager således dels sigte på en udvidelse af rådets virksomhed og dermed af kredsen af repræsenterede organisationer, dels på at give mulighed for, at socialministeren kan afgøre overenskomstspørgsmål, når enighed derom ikke kan opnås.

Underudvalget har ikke drøftet forslaget, idet man har ment, at det ikke umiddelbart henhører under de til udvalget henlagte opgaver.

Om *hovedkommissionens* drøftelser af en omdannelse af voldgiftsrådet henvises til nedenstående afsnit V.B.^{8a)}.

8) Se side 114.

8a) Se side 157 f.

IV. SPØRGSMÅL OM SYGEKASSEREFUSION AF UDGIFTER VED OPHOLD PÅ NOGLE AF MØDREHJÆLPENS HJEM

Underhånden er for udvalget rejst spørgsmål om, hvorvidt der af rationaliseringshensyn kunne gives adgang for sygekasserne til at betale for ophold på rekonvalescenthjem, når kvinder, der har fået afslag på andragende om svangerskabsafbrydelse, henvises til sådanne hjem af mødrehjælpen, også hvis der ikke - som efter de almindeligt gældende regler for sygekassernes betaling - er tale om patienter, for hvem et sådant ophold er et afsluttende led i en kur på et sygehus eller i en lægebehandling i hjemmet.

Endvidere er rejst spørgsmål om sygekassebetaling for observationsophold på tilsvarende hjem, for så vidt angår kvinder, der har

ansøgt mødrehjælpsinstitutionerne om svangerskabsafbrydelse, og for hvem sagen herom ikke er afgjort.

Udvalget kan ikke anbefale gennemførelsen af sådanne forslag, men peger på, at der allerede er hjemmel til at afholde udgifterne over mødrehjælpens budget, og fremhæver tillige, at man for rekreationsopholdene for at undgå misbrug er nødt til at fastholde kravet om, at opholdet skal være et afsluttende led i en kur på et sygehus eller i en lægebehandling i hjemmet, samt at observationsopholdene forekommer som et naturligt led i mødrehjælpens øvrige behandling af disse sager.

V. HOVEDKOMMISSIONENS DRØFTELSER

A. Vedrørende de enkelte ydelser

1. Kommissionen har bl. a. drøftet spørgsmålet om *speciallægehjælpen*, jfr. foran i afsnit H.A.2⁹⁾, men dens flertal har ikke fundet anledning til at stille andre forslag end det af underudvalget formulerede.

Et medlem (Henning Friis) har anført, at den foran i afsnit H.A.2. omtalte refusionsregel for afholdte udgifter til speciallægehjælp, for hvilken der ikke findes overenskomst, bør tages op til nærmere overvejelse.

2. Endvidere har man indgående drøftet spørgsmålet om sygekassernes betaling for indlæggelse på *specialsygehuse*, til hvilke der er givet offentlig anerkendelse eller lignende. Efter udvalgets forslag skal sygekasserne i disse tilfælde, der vedrører f. eks. nerve- og gigtsanatorier, kun betale det beløb, der svarer til sygekassetaksten på hjemstedets sygehus (dog mindst sygekassetaksten på Righospitalet). I kommissionen er der peget på, at dette i en række tilfælde kun vil dække en mindre del af den takst, der afkræves patienterne. Da indlæggelsen ofte skyldes,

⁹⁾ Se side 143 f.

at den egnede behandling kun kan ydes på de pågældende sygehuse, er det over for patienterne ønskeligt også her at sikre frit sygehusophold. Dette understreges yderligere af, at opholdene aflaster det almindelige sygehusvæsen, og for patienterne spiller problemet en så meget større rolle, fordi opholdene ofte er langvarige. Over for disse synspunkter er fremhævet, at problemet alene forekommer på de sygehuse, hvis økonomi ikke er baseret på det offendige, med deraf følgende mulighed for, at taksterne kan fastsættes på samme måde som på de almindelige sygehuse, og som heller ikke — som f. eks. nervesanatoriet Montebello og det jyske nervesanatorium - har sådanne aftaler med de almindelige sygehuse, at visiteringen og betalingen ordnes gennem disse, således at der alene betales den sædvanlige sygehus-takst. Det er endvidere fremhævet, at det ikke er rimeligt at pålægge sygekasserne en pligt til at betale den fulde takst uden nogen på forhånd sikret begrænsning, alene fordi der ikke for pågældende sygehus er tilvejebragt grundlag for en sædvanlig takstordning. Kommissionen har derfor ikke fundet

anledning til at ændre udvalgets forslag, men man finder, at problemet bør løses på anden måde, f. eks. ved at betalingen for opholdet sker på samme måde som på Montebello og det jyske nervesanatorium, en fremgangsmåde, der forekommer naturlig i de tilfælde, hvor der er tale om aflastning af det almindelige sygehushæsen.

Et medlem (Stochholm) har anført, at den foran i afsnit II.B.^{9a)} omtalte regel, hvorefter den almindelige sygehustakst ned sættes til det halve for sygekassemedlemmer, i realiteten er udtryk for, at staten støtter sygekasserne med et tilskud svarende til denne takstnedsættelse, og at reglen derfor tilslører forholdet mellem sygehusenes og sygekassernes udgifter og statens tilskud til disse. Såfremt denne støtte til sygekasserne skal opretholdes, ville medlemmet foretrække, at en hertil svarende del af statens tilskud til sygehusene blev overført fra disse til sygekasserne samtidig med, at den særlige takstnedsættelse for disse kasser blev ophævet.

3. Yderligere har man drøftet spørgsmålet om *medicinhjælp*, jfr. foran under U.C.¹⁰⁾, hvorved bl. a. er peget på vanskelighederne for de patienter, der gennem længere tid selv skal afholde en del af udgiften også til livsvigtig medicin. Det er herunder anført, at der næppe er mulighed for at finde et kriterium, hvorefter en del af den livsvigtige medicin skulle udskilles fra den samlede gruppe af denne medicin med henblik på at gøre den helt gratis. For så vidt angår forslaget om, at apotekerfondens nuværende tilskud på Vie af udgiften til livsvigtig og særlig betydningsfuld medicin bortfalder, går man ud fra, at der ved udarbejdelsen af nye regler tages hensyn til, at disse midler på anden måde bør komme de pågældende til gode. Kommissionen henstiller, at der optages forhandling mellem socialministeren og indenrigsministeren med henblik herpå.

4. Med hensyn til *tandpleje*, jfr. foran under H.H.¹¹⁾ er nævnt behovet for, at

sygekasserne kan betale for kæbekirurgisk behandling ved tandlæger og for behandling af paradentose. Kommissionen har herved været opmærksom på, at der på hele dette område sker en betydelig udvikling og peger på, at betalingsreglerne og deres administrering bør følge med i denne udvikling. På grund af, at der er tale om en udvikling, der er i gang, kan der næppe for tiden gives faste regler, men sygekasserne bør efter specialisterreglerne have mulighed for i deres vedtægt at fastsætte betalingsregler.

Efter at kommissionen har afsluttet sine drøftelser, er fra Dansk Tandlægeforening, som på dette tidspunkt er gjort bekendt med betænkningens forslag, modtaget den som bilag 7¹²⁾ aftrykte henvendelse.

5. Kommissionens flertal har i øvrigt kunnet tiltræde underudvalgets forslag om de enkelte ydelser. Det er dog herved fremhævet, at en gennemførelse af ændrede principper for sygeforsikringen, jfr. f. eks. det i kapitel 9, afsnit IV¹³⁾ stillede forslag om en ophævelse af *fortsættelsessygekasserne* og indførelse af afdelinger for B-medlemmer i sygekasserne, kan nødvendiggøre forskellige modifikationer i udvalgets foranstående forslag, der som nævnt under afsnit 1¹⁴⁾ er stillet på grundlag af andre forudsætninger.

6. Et mindretal (Erik Ninn-Hansen) beklager, at underudvalgets forslag bygger på den forudsætning, at der bevares et system med en sygekassegrænse, idet dette medlem, som det fremgår af hans udtalelser andetsteds i betænkningen¹⁵⁾ har den principielle opfattelse, at der ikke bør være nogen sondring mellem ubemidlede og bemidlede inden for sygeforsikringen. På denne baggrund har dette medlem ikke kunnet tilslutte sig underudvalgets forslag.

B. Vedrørende omorganisering af voldgiftsrådet for sygekasser og læger.

Kommissionen har endelig drøftet det foran i afsnit III.¹⁶⁾ nævnte forslag om en

¹²⁾ Se side 252 ff.

¹³⁾ Se side 122 ff.

¹⁴⁾ Se side 141.

¹⁵⁾ Se side 65 f. og 108 f.

¹⁶⁾ Se side 155.

^{9a)} Se side 145 f.

¹⁰⁾ Se side 147 f.

¹¹⁾ Se side 151 f.

omorganisering af voldgiftsrådet for sygekasser og læger og om fastsættelse af regler for afgørelse af overenskomstspørgsmål.

De gældende regler om voldgiftsrådet er omtalt i kapitel 9, afsnit I.A.4.¹⁷⁾

Der har i kommissionen været tilslutning til, at voldgiftsrådets virksomhed udvides til foruden overenskomster med læger og jordemødre også at omfatte sygekassernes overenskomster med *tandlæger og fysioterapeuter*.

Forslaget om, at socialministeren bemyndiges til at træffe *bindende afgørelse*, når der ikke mellem parterne kan opnås enighed om oprettelse af overenskomst, har været indgående drøftet. Lægeforeningens repræsentanter i kommissionen har taget afstand fra tanken om indførelse af tvungen voldgift i interessekonflikter. Der er herved henvist til, at der med en enkelt undtagelse ikke i en lang årrække har foreligget nogen situation, i hvilken overenskomst ikke har kunnet opnås, og at der således ikke kan anføres afgørende grunde for nu at ændre lovgivningen på dette punkt. Det er endvidere af lægerepræsentanterne anført, at samfundsmæssige hensyn ikke nødvendiggør tvungen voldgift selv i en eventuel overenskomstløs periode, idet lægelig bistand står til disposition i fuld udstrækning, uanset om overenskomst foreligger. Fra anden side i kommissionen er det fremhævet, at voldgiftstanken ikke i almindelighed er afklaret endnu, og at det derfor må være betænkeligt på indeværende tidspunkt at gennemføre princippet på et specielt område som det foreliggende.

Om udformningen af det stillede forslag er det anført, at indhentning af erklæring fra den ifølge lov om afgørelse i arbejdsstridigheder bestående forligsinstitution ville blive af ganske formel karakter, når forligsinstitutionen efter afsigelsen af voldgiftsrådets kendelse skulle tage stilling til sagen, uden at parterne har procederet deres synspunkter for forligsmanden. På samme måde måtte socialministerens afgørelse forventes i almindelighed blot at blive en bekræftelse af voldgiftsrådets kendelse.

På baggrund af den førte drøftelse har kommissionens flertal ikke ment at kunne gå ind for det stillede forslag om afgørelse af interessekonflikter, men man finder anledning til at fremhæve det ønskelige i, at parterne, når overenskomst ikke på anden måde kan opnås, underkaster sig frivillig voldgift. Et mindretal (P. J. Pedersen) anbefaler forslaget til gennemførelse i den foreliggende form.

Kommissionen har endvidere drøftet, om der måtte være fordele forbundet med, at der stilles en *mæglingmand* til parternes rådighed på det tidspunkt af forhandlingerne, hvor sagen endnu ikke er indbragt for voldgiftsrådet. Der er herved henvist til, at der ved lov af 22. januar 1958 om ændringer i lov om mægling i arbejdsstridigheder er åbnet mulighed for forligsmandens medvirken i arbejdsmarkedets overenskomstforhandlinger på et tidligere tidspunkt end hidtil. Medens nogle medlemmer af kommissionen herunder 2 af Lægeforeningens repræsentanter, har stillet sig sympatisk over for en sådan ordning, har andre, herunder 3 medlemmer af kommissionen, der er medlemmer af voldgiftsrådet, valgt henholdsvis af Lægeforeningen og sygekasserne, taget afstand fra denne tanke, idet den hidtidige forhandlingsform efter deres opfattelse har virket tilfredsstillende. I et vist omfang har voldgiftsrådets formand varetaget en mæglingmands funktioner.

Lægeforeningens repræsentanter i kommissionen finder det ønskeligt, at antallet af lægerepræsentanter - og dermed også antallet af sygekasserepræsentanter — i voldgiftsrådet fremdeles fastsættes til det nuværende (3). De har tillige stillet forslag om, at det nuværende *antal suppleanter* i voldgiftsrådet (3 suppleanter valgt af hver af de i voldgiftsrådet repræsenterede foreninger) udvides f. eks. til 6. En sådan udvidelse ville muliggøre, at særlig sagkundskab, f. eks. med hensyn til lægespecialer, kunne inddrages i forhandlingerne.

Kommissionen har intet at indvende mod dette forslag.

¹⁷⁾ Se side 114.

KAPITEL 12

Fribefordring

I. INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

Det foran i kapitel 1 nævnte underudvalg vedrørende fribefordring har betragtet det som sin opgave at foretage en almindelig gennemgang af problemer vedrørende befording i sygdomstilfælde med udgangspunkt i den kritik, der fra tid til anden er rettet mod de gældende bestemmelser om fri befording af sygekassemedlemmer i folkeforsikringslovens § 17. Man har herved haft opmærksomheden rettet mod henvendelser, der gennem årene er tilgået socialministeriet fra organisationer og institutioner, herunder særlig Den almindelige danske Lægeforening og Den almindelige danske Jordemoderforening, ligesom man særligt har drøftet det af Københavns kommune gentagne gange rejste spørgsmål om en ændring af de gældende refusionsregler. Endvidere har man drøftet de forslag vedrørende fribefordringsspørgsmål, der er stillet i betænkninger afgivet i 1952 og 1956 af indenrigsministeriets fødselshjælpsudvalg og i 1956 af det under samme ministerium nedsatte udvalg om de bymæssigt bebyggede sognekommuners særlige forhold. Man har desuden taget hensyn til erfaringer, der er indvundet ved socialministeriets behandling af konkrete sager vedrørende fribefordringsspørgsmål.

Man har anset en drøftelse af spørgsmål om fri befording i forbindelse med *profylaktiske undersøgelser* for at ligge uden for

underudvalgets opgaver, idet det forudsættes, at regler om fri befording i disse tilfælde i det fornødne omfang knyttes til de om vedkommende foranstaltninger gældende love og regler. Underudvalget finder det imidlertid naturligt, at spørgsmålet om ændring eller udbygning af reglerne om fri befording i sådanne tilfælde gøres til genstand for overvejelser i forbindelse med en eventuel gennemførelse af de i nærværende indstilling fremsatte forslag, og man skal henstille, at spørgsmålet søges taget op til nærmere undersøgelse i indenrigsministeriet.

Underudvalget har bygget på den *forudsætning*, at der også fremtidig vil eksistere en *frivillig ordning med to forskellige forsikringsformer*, svarende til de nuværende sygekasser og fortsættelsesygekasser, og at *sygekassegrænsen ikke nedsættes væsentligt*.

Borgmester Woldhardt Madsen, Skive, har efter indbydelse deltaget i drøftelser vedrørende spørgsmålet om kørselsgodtgørelse til læger i byerne og spørgsmålet om sygehustransport. I drøftelsen vedrørende det sidstnævnte spørgsmål har desuden direktør Andersen-Rosendal, Sygehusforeningen, deltaget. Endvidere har to repræsentanter for Den almindelige danske Jordemoderforening, jordemødrene Karen Hansen og E. Møller-Jensen, deltaget i et af underudvalgets møder.

Sognerådsformand Godtfred Knudsen,

Holsted, har på grund af sygdom været afskåret fra at deltage i underudvalgets afsluttende arbejde.

Underudvalget kan med hensyn til fribefordring til nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser anbefale det under II fremsatte forslag til gennemførelse, idet man henviser til bemærkningerne til forslagens enkelte stykker. I de nævnte bemærkninger er der nærmere redegjort for indholdet af de gældende regler om fribefordring i folkeforsikringslovens § 17. Med hensyn til spørgsmålet om refusion af kommunernes udgifter til fribefordring henvises til afsnit III. I afsnit IV behandles spørgsmålet om fri befording til andre end nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser.

I det følgende gives en *kort oversigt over resultatet af underudvalgets drøftelser.*

Folkeforsikringslovens regler om kommunernes pligt til at yde fri befording i sygdomstilfælde foreslås som hidtil begrænset til nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser. Den gældende praksis angående sygehusenes ydelse af fri befording ved overførelse fra et sygehus til et andet uden hensyn til patienternes økonomiske eller forsikringsmæssige forhold foreslås lovfæstet, eller bestemmelser herom foreslås optaget i sygehusenes takstregulativer. Der peges herudover på muligheden af, at fortsættelsesygekasserne optager fri befording med ambulance til sygehus som en ydelse til medlemmerne.

Reglerne om fribefordring, der hidtil har haft forskellig affattelse for land og by, foreslås gjort ensartede for hele landet. Dog foreslås særregler opretholdt med hensyn til ydelse af godtgørelse for befording af læger og jordemødre i byer, jfr. nærmere nedenfor. De af underudvalget foreslåede regler omfatter også København og Frederiksberg, der hidtil har været undtaget fra folkeforsikringslovens fribefordringsregler.

Det foreslås, at fri befording af sygekassemedlemmer kun ydes, når den enkelte befordingsudgift overstiger 3 kr., dog således at kommunerne kan dispensere i særlige tilfælde.

De hidtil i landkommuner gældende regler om befording til og fra alment praktiserende læger og jordemødre og godtgørelse for befording af læger og jordemødre foreslås opretholdt i princippet uændret. Der bør dog efter underudvalgets opfattelse ske en udvidelse af reglerne, således at der ydes dækning af udgifterne ved befording inden for hele en distrikts jordemoders distrikt. Der bør endvidere kunne ydes dækning af udgiften til en jordemoders befording, når hun tilkaldes til fødsel på sygehus i tilfælde, hvor den fødende har ret til fri befording til sygehus. Reglerne om befording til og fra jordemoder, der hidtil alene har været gældende på landet, foreslås udvidet til at omfatte hele landet.

Underudvalgets flertal går ind for, at der — væsentlig i overensstemmelse med de hidtidige regler — ikke ydes godtgørelse for befording af læger og jordemødre i byerne. Bymæssige bebyggelser med mindst 2.000 indbyggere foreslås i den nævnte henseende sidestillet med købstæder, hvilket vil medføre, at ydelse af godtgørelse for befording af læge og jordemoder bortfalder i visse tilfælde, som hidtil har været omfattet af reglerne om befordingsgodtgørelse.

Et mindretal vil i overensstemmelse med et af Den almindelige danske Lægeforening gennem en årrække fremført ønske give sygekassemedlemmer i byerne samme ret til godtgørelse for befording af læge eller jordemoder som sygekassemedlemmer i det øvrige land. Mindretallet foreslår af praktiske grunde denne befordingsgodtgørelse i byerne beregnet efter særlige principper.

Folkeforsikringsloven har ikke hidtil indeholdt særlige regler om fri befording til og af speciallæger. Underudvalget stiller forslag om, at der under visse betingelser ydes befording til og af den nærmest boende speciallæge, dog højst for en afstand af 40 km frem og lige så langt tilbage.

Det er for underudvalget: oplyst, at overvejelserne om gennemførelse af de forslag angående den fremtidige ordning af fødselsinstitutionernes forhold, der er stillet i fødselshjælpsudvalgets betænkning af 1956,

endnu ikke er afsluttet. Under hensyn hertil mener underudvalget ikke, at der for tiden bør stilles forslag om indførelse af særlige regler om fri befordring til private fødeklinikker ud over de ændringer, der er en følge af de udvidede regler om befordring til og fra jordemoder. Det henstilles, at spørgsmålet optages til fornyet overvejelse, når de nævnte overvejelser vedrørende fødselsinstitutionerne er afsluttet.

Reglerne om fri befordring til sygehuse bør efter underudvalgets opfattelse tilpasses den stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet, således at der ydes befordring til indlæggelse eller ambulantly behandling (undersøgelse) på ethvert kommunalt sygehus, på hvilket vedkommende sygekasse i opholdskommunen har ret til indlæggelse eller ambulantly behandling mod nedsat betaling.

Som ny regel foreslås indført ret til **fri** befordring til indlæggelse på visse helbredelsesanstalter m. v., som ikke henhører til det almindelige, kommunale sygehusvæsen, og — med særlige begrænsninger — til ambulantly behandling eller undersøgelse på sådanne anstalter.

Den gældende bestemmelse om, at $\frac{2}{3}$ af kommunernes udgifter til fri befordring kan anmeldes til mellemkommunal refusion, foreslås opretholdt, medens visse særregler om udgifternes fordeling i særlige tilfælde foreslås ophævet. Det er en konsekvens af det af underudvalget udarbejdede forslag, at Københavns og Frederiksberg kommuner, der ikke hidtil som landets øvrige kommuner har kunnet anmelde befodringsudgifter til refusion, ligestilles med andre kommuner på dette punkt.

II. UNDERUDVALGETS FORSLAG TIL ÆNDREDE REGLER OM FRI BEFORDRING AF NYDENDE MEDLEMMER AF STATSANERKENDTE SYGEKASSER

1. Lovtekst

De gældende regler om fribefordring i folkeforsikringslovens § 17 afløses af nedenstående bestemmelser:

Stk. 1.

Et nydende sygekassemedlem og pågældendes børn, jfr. § ..., er efter nedenstående regler berettiget til på begæring at få fri befordring af den kommune, i hvilken medlemmet (barnet) opholder sig. Når befordring begæres afgivet af en anden kommune end den, i hvilken medlemmet (barnet) bor, kan hjemtransport fra læge, sygehus m. v. kun forlanges til det midlertidige opholdssted.

Stk. 2.

Befordringen skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befodringsmiddel, hvorom kommunen om fornødent kan rådføre sig med lægen. Fri befordring af

sygekassemedlemmer ydes kun, når den enkelte befodringsudgift overstiger 3 kr. Såfremt det sociale udvalg i særlige tilfælde skønner, at vedkommende vanskeligt vil kunne udrede befodringsudgiften, kan der dog ydes fri befordring, uanset at den enkelte befodringsudgift andrager et mindre beløb. Det nævnte beløb på 3 kr. kan reguleres af socialministeren, når det findes fornødent under hensyn til stigning eller fald i det **tal** for udgiften til transport, som ligger **til** grund for detailpristallets beregning. Socialministeren kan fastsætte nærmere regler om den fremgangsmåde, der skal følges med hensyn til rekvisition af befordring, herunder regler til forhindring af misbrug af befodringsretten.

Stk. 3.

I sygdomstilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til og fra en af ved-

kommende sygekasse i opholdskommunen benyttet alment praktiserende læge og nødvendig befordring af lægen til og fra medlemmet, jfr. dog herved stk. 6. Befordring til og af en alment praktiserende læge ydes ikke ud over den afstand, der i pågældende overenskomst vedrørende lægehjælp er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge for sygekassens regning. I tilfælde, hvor lægehjælp ikke kan udsættes, ydes der dog befordring til og af den nærmest boende læge, som ikke er forhindret i at yde lægehjælp. Der ydes ikke befordring af lægen til patienter, der opholder sig inden for 1 km's vejlængde fra lægens bopæl.

Stk. 4.

I sygdomstilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til og fra speciallæge og nødvendig befordring af speciallægen til og fra medlemmet, jfr. dog herved stk. 6. Befordring kan kun ydes, når patienten er henvist af en af sygekassen benyttet alment praktiserende læge, og kun, når sygekassen helt eller delvis udreder betaling for behandlingen. Befordringen ydes til og af den nærmest boende speciallæge, men dog højst for en afstand af 40 km frem og lige så langt tilbage. Der ydes ikke befordring af speciallægen til patienter, der opholder sig inden for 1 km's vejlængde fra speciallægens bopæl.

Stk. 5.

I barseltilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til og fra en af sygekassen benyttet jordemoder og nødvendig befordring af jordemoderen til og fra medlemmet, jfr. dog herved stk. 6. Befordringen ydes inden for en afstand af 10 km frem og lige så langt tilbage, dog den fulde afstand til og fra den nærmest boende jordemoder, der ikke er forhindret i at yde bistand, eller til og fra den distriktsjordemoder, i hvis distrikt medlemmet opholder sig. Sygekassemedlemmets opholdskommune er uden hensyn til de foran nævnte afstands begrænsninger forpligtet til at yde medlemmet godtgø-

relse for jordemoderens befordring, når hun tilkaldes til fødsel på sygehus i tilfælde, hvor den fødende har ret til fri befordring hertil, jfr. stk. 7. Kommunen er endvidere forpligtet til at yde godtgørelse for nødvendige udgifter ved jordemoderens ledsagelse af den fødende til sygehuset og tilbagerejsen herfra. Der ydes ikke godtgørelse for befordring af jordemoderen til patienter, der opholder sig inden for 1 km's vejlængde fra jordemoderens bopæl.

Stk. 6.

Formulering 1: Befordring af læger og jordemødre, der har konsultationssted i hovedstadsområdet, i en købstad (handelsplads, flække) eller bymæssig bebyggelse med mindst 2.000 indbyggere, alt inden for den i 2. punktum fastsatte grænse, ydes kun for så vidt angår befordring til og fra sygekassemedlemmer, der opholder sig uden for grænsen. Grænsen drages for hovedstadsområdet og for hver købstad eller bymæssig bebyggelse for 5 år ad gangen af vedkommende amtmand (amtmænd) efter forhandling med de interesserede kommunalbestyrelser og sygekasser samt med Den almindelige danske Lægeforening og Den almindelige danske Jordemoderforening. Fastsættelsen af grænsen skal ske under hensyntagen til de lokale forhold og således, at det tilstræbes, at bestemmelsen i 1. punktum kommer til anvendelse i et område, der strækker sig indtil 1 km uden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse uden hensyn til kommunegrænser. For så vidt angår købstæder eller bymæssige bebyggelser med under 4.000 indbyggere, skal grænsen dog under hensyntagen til de lokale forhold drages således, at bestemmelsen alene kommer til anvendelse inden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse.

Formulering 2: Ved overenskomst mellem kommuner og læger eller sammenslutninger af sådanne om godtgørelse for befordring af alment praktiserende læger, der har konsultationssted i hovedstadsområdet, i en købstad (handelsplads, flække) eller i en bymæssig bebyggelse med mindst 2.000 ind-

byggere, alt inden for den i 3. punktum fastsatte grænse, vil det for hvert enkelt af de nævnte byområder være at fastsætte, at godtgørelsen for befordring beregnes som et beløb pr. tilmeldt patient for så vidt angår medlemmer, der tilhører sygekasser, i hvilke honorarerne til lægerne efter overenskomst ydes i form af et beløb pr. tilmeldt patient. For så vidt der ikke kan opnås overenskomst om beregningen af de nævnte beløb, forelægges spørgsmålet om godtgørelsens størrelse for mæglingrådet for kommunal lægehjælp. Grænsen drages for hovedstadsområdet og for hver købstad eller bymæssig bebyggelse for 5 år ad gangen af vedkommende amtmand (amtmand) efter forhandling med de interesserede kommunalbestyrelser og sygekasser samt Den almindelige danske Lægeforening. Fastsættelsen af grænsen skal ske under hensyntagen til de lokale forhold og således, at det tilstræbes, at bestemmelserne i nærværende stykke kommer til anvendelse i et område, der strækker sig indtil 1 km uden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse uden hensyn til kommunegrænserne.

Stk. 7.

I sygdomstilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til indlæggelse eller ambulat behandling (undersøgelse) på og hjemtransport fra et kommunalt sygehus, på hvilket vedkommende sygekasse i opholdskommunen har ret til indlæggelse eller ambulat behandling mod nedsat betaling.

Stk. 8.

I sygdomstilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til indlæggelse på og hjemtransport fra helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke henhører under det almindelige kommunale sygehusvæsen, såfremt anstalten (afdelingen m. v.) af socialministeren efter forhandling med indenrigsministeren er henført under nærværende bestemmelse for så vidt angår den lidelse, patienten behandles for. Befordring ydes kun i tilfælde, hvor sygekassen helt eller delvis udreder betaling i anledning af indlæggelsen.

Stk. 9.

I sygdomstilfælde yder opholdskommunen nødvendig befordring til og fra ambulat behandling eller undersøgelse på en under stk. 8 henført anstalt m. v., som ligger i det amt, i hvilket medlemmet opholder sig, eller hvortil afstanden ikke overstiger 40 km. Befordring ud over disse afstande ydes dog, for så vidt behandlingen eller undersøgelsen normalt ikke foretages på vedkommende i stk. 7 nævnte sygehus, hvorom opholdskommunen er berettiget til at kræve forelagt den fornødne dokumentation.

Stk. 10.

Befordringsudgifter, der afholdes af vedkommende sygehus eller anstalt m. v., herunder udgifter til transport mellem sygehuse og anstalter, kan ikke afholdes i medfør af nærværende paragraf.

2. Bemærkninger til lovforslaget

Til stk. 1.

Efter forslaget tilkommer fribefordringsretten ligesom efter folkeforsikringslovens § 17 *nydende sygekassemedlemmer og børn*, der er omfattet af et medlems forsikring, herunder plejebørn, der er anbragt hos medlemmet i familiepleje. Pligten til at yde befordring påhviler efter forslaget den kommune, i hvilken medlemmet (barnet) *opholder sig på det tidspunkt, da der fremsættes begæring om befordring* (den faktiske opholdskommune).

Det er herefter ikke fundet nødvendigt i lovtæksten at optage en udtrykkelig bestemmelse svarende til folkeforsikringslovens § 17, stk. 7, angående sygekassemedlemmer, der på rejse, besøg, ved arbejde eller lignende midlertidigt opholder sig uden for deres sygekasses område. Da de af et medlems forsikring omfattede børn efter den foreslåede formulering vil være dækket af reglerne, også i tilfælde hvor barnet opholder sig uden for hjemmets sygekasses område, er der ikke i lovtæksten optaget nogen bestemmelse svarende til den nugældende § 17, stk. 8, i folkeforsikringsloven vedrørende et sygekas-

semedlems børn, der er anbragt i arbejdsforhold uden for hjemmets sygekasses område, og som af aldershensyn ikke kan blive optaget i den stedlige sygekasse.

Efter folkeforsikringslovens § 17, stk. 7, in fine, kan den, der under midlertidigt ophold uden for sin sygekasses område er blevet befordret til læge eller sygehus, ikke kræve sig hjembragt. I praksis er denne bestemmelse fortolket således, at pågældende ej heller kan fordre sig hjembragt til det midlertidige opholdssted. Underudvalget har fundet det rimeligt, at der skabes hjemmel til ydelse af *fri befordring tilbage til det midlertidige opholdssted*.

Til stk. 2.

Det er i administrativ praksis vedrørende folkeforsikringslovens § 17 fastslået, at det benyttede befordringsmiddel skal være det efter samtlige foreliggende forhold *økonomisk mest formålstjenlige*. Underudvalget må lægge megen vægt på, at dette standpunkt fastholdes, særligt under hensyn til at der i en vis udstrækning sker en udvidelse af retten til fri befordring. Man har derfor i forslaget optaget en bestemmelse om, at befordringen skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel, hvorom kommunen om fornødent kan rådføre sig med lægen. Det er ikke tanken, at der i almindelighed skal indhentes lægeerklæring om befordringsmidlets art, men kommunen kan, når den skønner det nødvendigt, rette henvendelse til patientens læge om spørgsmålet. Befordring vil principielt kunne finde sted med *et hvilket som helst befordringsmiddel*, herunder efter omstændighederne også luftfartøj, men det følger af hovedreglen om benyttelse af den billigste forsvarlige befordring, at lufttransport kun rent undtagelsesvis vil kunne betales af det offentlige.

De gældende regler i folkeforsikringslovens § 17 har forskellig affattelse og på visse punkter forskelligt indhold for købstæder og den øvrige del af landet. Reglerne gælder ikke for København og Frederiksberg.

I modsætning hertil foreslås det, at den

fremtidige ordning bliver *fælles for hele landet*, hvilket efter underudvalgets opfattelse medfører, at reglerne kan udformes væsentligt enklere end hidtil. For så vidt angår godtgørelse for befordring af læger og jordemødre, foreslås der dog forskellige regler for land- og bydistrikter, jfr. bemærkningerne nedenfor ad stk. 6¹).

Underudvalget har drøftet spørgsmålet om at indføre en *mindstegrænse for fribefordringsretten*. Under hensyn til ønskeligheden af at opnå administrative lettelser og til den stedfundne udvikling af transportmidlerne finder man det rimeligt, at der i almindelighed ikke ydes dækning af udgifter til transport med »lokale« befordringsmidler, herunder særlig sporvogne og busser i byerne. Man har overvejet indførelse af en kilometergrænse, jfr. herved den gældende bestemmelse i folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, 3. pkt, hvorefter et sygekassemedlem på landet kun kan kræve sig befordret til eller fra en inden for en afstand af 1 km boende læge, såfremt lægen erklærer befordringen for nødvendig. En generelt fastsat afstands begrænsning vil dog efter underudvalgets opfattelse næppe i tilstrækkelig grad tilgodese de forskellige lokale hensyn, der kan gøre sig gældende (byernes forskellige udstrækning, forskelligheder med hensyn til transporttakster m.v.), og man har derfor foretrukket en regel, hvorefter fri befordring kun ydes, når den enkelte befordringsudgift overstiger 3 kr., d. v. s. således, at den fulde udgift dækkes, når den overstiger dette beløb. Når transport frem og tilbage finder sted i naturlig kontinuitet, som det f. eks. er tilfældet ved ambulante behandlinger, kan befordringshjælp efter den foreslåede regel ydes, når den samlede udgift til frem- og tilbagereisen overstiger 3 kr. Det må dog erkendes, at der kan forekomme tilfælde, i hvilke selv en beskeden befordringsudgift kan virke tyngende. Endvidere vil en minimumsgrænse kunne virke for hårdt, når der f. eks. er tale om gentagne ambulante behandlinger over en længere periode, idet selv ret beskudne befordringsudgifter sammen-

¹) Se side 169 li.

lagt vil kunne udgøre et for patienten betydeligt beløb. Man har derfor foreslået, at der, såfremt det sociale udvalg i særlige tilfælde skønner, at vedkommende vanskeligt vil kunne udrede befordringsudgiften, kan ydes fri befordring, uanset at den enkelte befordringsudgift andrager et mindre beløb. Det i lovteksten nævnte minimumsbeløb (3 kr.) bør næppe pristalsreguleres efter folkeforsikringslovens almindelige principper, idet det administrativt vil være uheldigt at skulle operere med brudte beløb, men der bør dog efter underudvalgets opfattelse gives socialministeren bemyndigelse til at regulere beløbet, når det findes fornødent under hensyn til stigning eller fald i de gennemsnitlige udgifter til transport, således som disse udgifter opgøres til brug for detailpristallets beregning.

Ifølge folkeforsikringslovens § 17, stk. 5, 2. pkt., tilkommer det kommunalbestyrelsen at fastsætte den fremgangsmåde, som skal følges med hensyn til rekvisition af befordring. For at opnå effektive og ensartede *kontrolregler* foreslås det at give socialministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om den fremgangsmåde, der skal følges, og herunder at give regler til forhindring af misbrug af fribefordringsretten.

Underudvalget kan anbefale, at der gives **hjemmel til at kræve ydet befordringshjælp tilbagebetalt** af personer, der ikke ved befordringens ydelse har været berettiget til at stå som nydende medlemmer af en sygekasse. Sådanne regler kan formentlig mest hensigtsmæssigt indføres i bestemmelserne om tilbagebetaling af uretmæssigt oppebårne sygeforsikringsydelse, jfr. folkeforsikringslovens § 10, stk. 6-9.

Til stk. 3.

Efter de gældende regler, jfr. folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, 3 og 6, har sygekassemedlemmer **ret til fri befordring til og fra læge**, idet retten dog i købstæderne, og på landet inden for 1 km's afstand fra lægens bopæl, er betinget af, at lægen erklærer befordringen for nødvendig. På landet ydes befordring af kommunen inden for en vejlæng-

de af 10 km fra den syges bopæl frem og lige så langt tilbage, dog den fulde afstand til og fra den nærmest boende læge. Dersom den syge ifølge de mellem sygekasserne og lægerne indgåede overenskomster har ret til at benytte en læge, der bor uden for de grænser, for hvilke kommunens pligt til at yde befordringsgodtgørelse gælder, betaler sygekassen resten af befordringen, dog ikke ud over den afstand, der i pågældende overenskomst vedrørende almindelig lægehjælp er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge for sygekassens regning.

Folkeforsikringslovens § 17 indeholder ikke særlige regler om speciallæger, og disse følger derfor principielt samme regler som alment praktiserende læger i spørgsmålet om fribefordring. Fri befordring af sygekassemedlemmer til og fra speciallæger ydes således med de samme afstands begrænsninger, som gælder for befordring til og fra alment praktiserende læger.

Der har i underudvalget været enighed om, at de gældende regler om omfanget af et sygekassemedlems ret til fri befordring til og fra alment praktiserende læger bør opretholdes i princippet, således at *befordring længst ydes for den afstand, der i pågældende overenskomst vedrørende almindelig lægehjælp er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge for sygekassens regning*. Den foreslåede regel om, at der i tilfælde, hvor lægehjælp ikke kan udsættes, ydes befordring til og af den nærmest boende læge, som ikke er forhindret i at yde lægehjælp, stemmer med hidtidig praksis.

Man har fundet det rimeligt at anbefale en *ophævelse* af den gældende regel om, at *sygekassen i visse tilfælde betaler den del af befordringen, der overstiger 10 km*, således at den fulde udgift fremtidigt afholdes af kommunen alene. Efter det for underudvalget oplyste har reglen om refusion fra sygekasserne i praksis kun sjældent været bragt i anvendelse.

Da det i forslaget er fastsat som en betingelse for retten til fri befordring, at befordringen er nødvendig, og da kommunen om fornødent kan rådføre sig med lægen om

befordringsmidlets art, jfr. stk. 2, har man ikke fundet det nødvendigt at opretholde de gældende regler om, at retten til fri befordring til og fra læge i visse tilfælde er betinget af en lægeerklæring om befordringens nødvendighed. Kommunen må iøvrigt også uden en sådan udtrykkelig bestemmelse kunne forhandle med lægen om befordrings-spørgsmålet, når den måtte finde det ønskeligt.

Godtgørelse for *befordring af læger*, herunder speciallæger, ydes efter de gældende regler, jfr. folkeforsikringslovens § 17, stk. 1 og 3, på landet principielt i samme omfang som befordring af patienter til og fra lægen. Dog ydes der ikke godtgørelse for befordring inden for 1 km's afstand fra lægens bopæl. I købstæder ydes der ikke godtgørelse for befordring af læger, jfr. § 17, stk. 6. Kørsels-godtgørelsen beregnes af særlige kørselskontorer for hvert amt, jfr. nærmere nedenfor.

Underudvalget finder det hensigtsmæssigt, at overensstemmelse mellem reglerne om patienternes befordring til og fra læger og reglerne om godtgørelse for befordring af læger bevares. Man foreslår herefter disse bestemmelser udformet som *en fælles regel*, dog således at der som hidtil ikke ydes godtgørelse for lægens befordring inden for 1 km's vej-længde fra hans bopæl. Den sidstnævnte begrænsning må anses for ønskelig af praktiske grunde, idet det herved undgås, at der skal foretages opgørelse og afregning vedrørende et stort antal kørsler over korte afstande. Med hensyn til spørgsmålet om ydelse af befordringsgodtgørelse i købstæder og bymæssige bebyggelser henvises til bemærkningerne nedenfor ad stk. 6²).

Man har overvejet, om der måtte være anledning til at foreslå ændringer i den fremgangsmåde, der anvendes med hensyn til *opgørelse af befordringsgodtgørelsen på landet*. Ordningen er hidtil i henhold til overenskomst mellem De samvirkende Sognerådsforeninger og Den almindelige danske Lægeforening praktiseret således, at der af lægerne føres regnskab over hver enkelt kørsel. Kørselsregningerne videresendes i hvert

2) Se side 169 f.

amt til et centralt kørselskontor, der - efter at regningerne er kontrolleret af de respektive kommuner — foretager fordelingen af regnskabsbeløbene på de enkelte kommuner. Efter det for underudvalget oplyste har ordningen fungeret tilfredsstillende, og de med administrationen forbundne omkostninger har været beskedne, hvorfor man ikke har fundet grundlag for at stille forslag om ændringer på dette punkt.

Til stk. 4.

Underudvalget har drøftet, i hvilket omfang der er behov for særlige regler om befordring til og af *speciallæger*. Navnlig for at undgå for mange sygehusindlæggelser finder man det ønskeligt, at der gives adgang til fri befordring i noget videre omfang end hidtil. Det skønnes i alle tilfælde ikke rationelt - som efter de hidtil gældende regler - at lade fribefordringsrettens maksimale omfang være afhængig af overenskomstforholdene med de alment praktiserende læger og disse lægers geografiske placering, hvilket: giver en i forhold til speciallæger ganske tilfældig afgrænsning af fribefordringsretten. Man har overvejet muligheden af at yde dækning af udgifterne til befordring til og af speciallæger i alle tilfælde, hvor sygekassen har afsluttet overenskomst med vedkommende speciallæge eller iøvrigt helt eller delvis udreder honorar for lægebehandlingen. Det bemærkes herved, at overenskomster for tiden er indgået med øjen- og hudlæger samt øre-, næse- og halslæger over hele landet og med nervelæger i visse områder, og at den hjælp, som sygekasserne yder til speciallægebehandling i tilfælde, hvor der ikke foreligger overenskomst med speciallægen, i almindelighed i vedtægterne er begrænset til et beløb af 50-75 kr. årligt pr. medlem.

En regel som den skitserede ville indebære, at omfanget af fribefordringsretten — på lignende måde som det er tilfældet med hensyn til befordringen til alment praktiserende læger - ville blive direkte afhængig af overenskomstforholdene mellem sygekasser og læger og sygekassernes vedtægtsbestemmelser. Af hensyn til konsekvenserne for det of-

fentliges udgifter har man imidlertid fundet det rigtigst, at der yderligere fastsættes den begrænsning, at der *kun ydes befordring til den nærmest boende speciallæge og højst for en afstand af 40 km frem og lige så langt tilbage*. Hvis den nærmest boende speciallæge bor mere end 40 km fra patientens opholdssted, vil der herefter kunne ydes dækning af udgiften til transport over 80 km ialt.

Ved afgørelsen af, hvilken speciallæge inden for vedkommende speciale, der kan anses for *nærmest boende*, må der tages hensyn til, at de fleste speciallæger driver praksis i bymæssige bebyggelser, og det følger af formålet med bestemmelsen, at flere speciallæger i samme bymæssige bebyggelse vil kunne anses for nærmest boende i forhold til samme patient, uanset om der er nogen forskel med hensyn til den faktiske afstand til patientens bopæl.

I overensstemmelse med hidtidig praksis har man endvidere foreslået fribefordringsadgangen gjort betinget af, at patienten er *henvist af en af sygekassen benyttet alment praktiserende læge*.

Med hensyn til godtgørelse for befordring af speciallæger foreslås samme regler som for befordring af patienter til og fra speciallæger, jfr. herved bemærkningerne ovenfor ad stk. 3.

Tilstk. 5.

Ifølge folkeforsikringslovens § 17, stk. 3, affholdes udgifterne ved befordring på landet af eller til *jordemoder* inden for en vejlængde af 10 km fra barselpatientens bopæl frem og lige så langt tilbage af kommunen. Drejer det sig om befordring af eller til en jordemoder, der bor over 10 km fra barselpatientens bopæl, affholder kommunen ligeledes udgiften ved befordringen, for så vidt jordemoderen er den nærmest boende, medens den i modsat fald kun betaler befordringen for en vejlængde af 10 km. Befordring kan ikke kræves afgivet til afhentning af jordemoder, når sygekassemedlemmet bor inden for 1 km's afstand fra vedkommende jordemoders bopæl. I købstæderne ydes ikke

befordring til og fra jordemødre eller til afhentning af jordemødre.

Jordemødrenes ret til at forlange kørselsgodtgørelse *af patienterne* er mere vidtgående end disses fribefordringsret i henhold til folkeforsikringsloven, idet jordemødre i henhold til lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning § 13 altid over for patienten har krav på befordringsgodtgørelse ved tilkaldelse til hjemmefødsel og ved andre tjenstlige rejser ud over 1 km fra bopælen og uden for den by, hvor jordemoderen er bosat.

Det er en betingelse for retten til fri befordring, at jordemoderen er den af sygekassen benyttede, jfr. § 17, stk. 1, 1. pkt. En jordemoder anses for benyttet af sygekassen, når hun er medlem af Den almindelige danske Jordemoderforening, der har indgået overenskomst med De samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark. Sygekassemedlemmernes ret til jordemodervalg er således betydeligt videre end deres ret til lægevalg.

Fribefordringen af jordemødre omfatter foruden besøget ved selve fødslen også nødvendige tilsynsbesøg efter fødslen samt forhastede tilkaldelser. Det er endvidere i praksis fastslået, at udgiften til befordring tilbage til hjemmet af en jordemoder, der har ledsaget patienten til sygehuset, kan affoldes i medfør af § 17. Befordring til et af en jordemoder drevet fødehjem ydes efter de almindelige regler om befordring af barselpatienter til jordemoder.

I lov nr. 182 af 20. maj 1952 om ændring i lov om svangerskabshygiejne er der givet regler om fri befordring i forbindelse med forebyggende helbredsundersøgelser under svangerskabet.

Underudvalget har fundet det rimeligt, at fribefordring i barseltilfælde til og af jordemødre *i princippet ydes i overensstemmelse med de hidtil gældende regler*, der dog - bortset fra særreglerne med hensyn til befordring af jordemødre i købstæder m. v., jfr. bemærkningerne til stk. 6³) - bør være *fælles for hele landet*. Den foreslåede regel be-

³) Se side 169 ff.

tyder dog en udvidelse i forhold til de gældende regler, idet der ikke hidtil har været hjemmel til at yde en barselpatient boende i en købstad, i København eller på Frederiksberg, befordring til og fra jordemoder.

Under hensyn til, at patienterne har frit valg mellem samtlige jordemødre, der er medlemmer af Den almindelige danske Jordemoderforening, har man fundet det nødvendigt at opretholde den særlige *af standsbegrænsning*, hvorefter befordring ydes inden for en afstand af 10 km frem og lige så langt tilbage, dog den fulde afstand til og fra den nærmest boende jordemoder, som ikke er forhindret i at yde bistand. Som en *ny regel* foreslås det, at der uden hensyn til afstands begrænsninger ydes *fri befordring til og af den distriktsjordemoder, i hvis distrikt patienten opholder sig*. Den almindelige danske Jordemoderforening har i en henvendelse til socialministeriet gjort gældende, at den omlægning af jordemoderdistrikter, der har fundet sted efter distrikts jordemoderloven af 31. marts 1953, har medført, at mange distriktsjordemødre i udvidede distrikter ofte har en afstand af mere end 10 km til patienterne, således at der ikke ydes fuld godtgørelse for distriktsjordemoderens befordring til sygekassemedlemmer inden for hele hendes distrikt. Underudvalget er af den opfattelse, at det er en naturlig konsekvens af distrikts jordemoderordningen, at fribefordringsreglerne omfatter hele jordemoderdistriktet. På den anden side er man opmærksom på, at det kan være mindre rimeligt, hvis det offentlige skal yde dækning af udgifterne til befordring af en distriktsjordemoder, såfremt der bor en anden jordemoder nærmere patientens bopæl. Dette forhold bør dog formentlig snarere reguleres gennem en *hensigtsmæssig fastlæggelse af jordemoderdistrikternes geografiske område*, således at områder, der naturligt kan anses for dækket af privat praktiserende jordemødre, f. eks. i byernes omegnskommuner, udskilles af jordemoderdistriktet. Der kunne endvidere være grund til at overveje, i hvilket omfang jordemoderdistrikterne bør være afhængige af amtsgrænserne i tilfælde, hvor en så-

dan afgrænsning medfører, at en del af et jordemoderdistrikt må betjenes af en jordemoder, der ikke er den ved patienterne nærmest boende. *Man skal henstille, at disse spørgsmål gøres til genstand for nærmere overvejelser i indenrigsministeriet.*

En distriktsjordemoder, der *konstitueres* til at varetage funktionerne i et andet distrikt, vil i henseende til fribefordringsreglerne være at betragte som distriktsjordemoder i vedkommende distrikt.

Det under indenrigsministeriet nedsatte *udvalg vedrørende fødselshjælp m. v.* har i sin i 1952 afgivne betænkning angående jordemodervæsenet anbefalet, at der ydes fri befordring i tilfælde, hvor en jordemoder tilkaldes til at yde bistand ved et sygekassemedlems nedkomst på sygehus eller lignende, forudsat at de sædvanlige betingelser for fri befordring iøvrigt er opfyldt.

Underudvalget foreslår herefter en regel, hvorefter sygekassemedlemmets opholdskommune er forpligtet til at yde *godtgørelse for jordemoderens befordring, nar hun tilkaldes til fødsel på sygehus i tilfælde, hvor den fødende har ret til fri befordring hertil*, jfr. bemærkningerne nedenfor ad stk. 7⁴). Endvidere foreslås det at lovfæste den hidtidige praksis, hvorefter der kan ydes jordemoderen godtgørelse for udgifter ved *nødvendig ledsagelse af den fødende* til sygehuset og tilbagerejsen derfra. Efter den foreslåede regel vil der ikke være noget i vejen for, at jordemoderen ved ledsagelsen og tilbagerejsen benytter eget befordringsmiddel. Hvor dette ikke er tilfældet, følger det af den almindelige hovedregel i stk. 2, at befordringen skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel. Dette hovedsynspunkt bør dog efter underudvalgets opfattelse ikke medføre, at der - som det har været fastslået i tidligere administrativ praksis — ubetinget stilles krav om, at jordemoderens tilbagerejse skal ske med et offentligt befordringsmiddel, uanset om der eventuelt er tale om en betydelig ventetid.

De foreslåede regler vil i tilsvarende omfang som hidtil afgive hjemmel til ydelse af

4) Se side 176 ff.

fribefordring ved nødvendige *tilsynsbesøg efter fødslen* samt *forhastede tilkaldelser*. På den anden side følger det af kravet om befordringens nødvendighed, at der i almindelighed ikke vil kunne ydes befordring af en jordemoder til foretagelse af tilsynsbesøg hos en barselpatient, der er indlagt på sygehus, hvor tilsynet kan ske på anden måde, f. eks. gennem en af sygehuset ansat jordemoder.

De foreslåede regler om befordring af barselpatienter til og fra jordemoder vil som de hidtil gældende afgive hjemmel til ydelse af *befordring til og fra et af en jordemoder drevet fødehjem*. Endvidere vil der kunne ydes befordring af jordemødre til fødsel på sygehus i tilfælde, hvor indlæggelsen ikke skyldes en sygeligt forløbende fødsel. I disse tilfælde gælder således de almindelige afstandsbegrænsninger. Er fødslen sygeligt forløbende, og indlægges barselpatienten i denne anledning på sygehus, bør afstandsbegrænsningen ikke gælde, men der bør ydes fribefordring af jordemoderen til det sygehus, til hvilket der ydes fri befordring af patienten, jfr. ovenfor.

Med hensyn til spørgsmålet om eventuel ydelse af befordring til fødeklinikker ud over, hvad der følger af reglerne om befordring til og fra jordemødre, henvises til bemærkningerne nedenfor ad stk. 7⁵).

Fødselshjælpsudvalget er i den ovenfor nævnte betænkning af 1952 gået ind for, at der ydes godtgørelse for befordring af jordemødre også inden for den i folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, 3. pkt., nævnte grænse på 1 km fra jordemoderens bopæl, men nærværende underudvalg har ikke fundet grundlag for i denne henseende at stille jordemødre gunstigere end læger, jfr. bemærkningerne ovenfor ad stk. 3⁶). Det foreslås derfor, at der *ikke ydes godtgørelse for jordemoderens befordring inden for 1 km's væglængde fra hendes bopæl*.

Da bistand i tilfælde, hvor svangerskabet er sygeligt forløbende, forudsættes ydet af lægen, har man ikke fundet grundlag for at

stille forslag om regler om befordring til og af jordemødre i *sygdomstilfælde*.

Såfremt reglerne i folkeforsikringslovens § 17 ændres, må der foretages hertil svarende ændringer i *loven om svangerskabs-hygijne*.

Til stk. 6.

De gældende regler om fribefordring til *afhentning af læge eller jordemoder*, jfr. folkeforsikringslovens § 17, stk. 1 og 3, gælder kun for sygekassemedlemmer, som bor *på landet*. Der har således ikke hidtil været hjemmel til at udbetale godtgørelse for befordring af læger og jordemødre til sygekassepatienter boende i købstæder eller i Københavns og Frederiksberg kommuner. De københavnske omegnskommuner har i den nævnte henseende status som landkommuner.

Reglerne har deres *udspring* i den pligt, der i ældre tid var pålagt sognets gårdmænd til at stille befordring til rådighed til afhentning af læge eller jordemoder til personer, der ikke selv havde heste og vogn. Ved *sygekasseloven af 12. april 1892* blev det fastslået, at medlemmer af anerkendte sygekasser, som boede på landet og ikke selv havde vogn og to heste, havde ret til af kommunen at forlange befordring afgivet til afhentning af den af sygekassen benyttede læge eller jordemoder. Ved *lov af 10. maj 1915* blev området for denne fribefordringsret udvidet til også at gælde sygekassemedlemmer, der boede på en købstads markjorder uden for 1 km i fugleflugtslinie fra bygrænsen, hvorved skulle forstås grænsen for den sammenbyggede stad.

Den efter loven af 1915 gældende afgrænsning blev ved *lov af 7. maj 1937* erstattet af den nuværende ordning, hvorefter grænsen fastsættes for hver købstad (handelsplads) for 5 år ad gangen af vedkommende amtmand efter forhandling med de interesserede kommunalbestyrelser og sygekasser. Fastsættelsen skal ske under hensyntagen til de lokale forhold og således, at det tilstræbes, at den nævnte bestemmelse kommer til anvendelse på samtlige sygekassemedlemmer, som bor i et område, der stræk-

⁵) Se side 176 ff.

⁶) Se side 166.

ker sig indtil 1 km uden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse, uanset om vedkommende er bosat i en købstad- eller landkommune. Grænserne er senest reguleret pr. 1. oktober 1957. *Baggrunden for ændringen i 1937* var hovedsagelig utilfredshed fra kommunal side med de vilkårligheder, der fremkom som følge af købstadkommunernes uregelmæssige grænser, hvorved sygekassemedlemmer, som boede i samme afstand fra bykernen, kunne blive stillet forskelligt med hensyn til retten til afhentning af læge eller jordemoder. Fastsættelsen af de ved loven af 1937 hjemlede grænser har givet anledning til adskillige *vanskeligheder i praksis*. Det er særlig af Den almindelige danske Lægeforening gjort gældende, at grænserne i en række tilfælde er draget således, at sygekassemedlemmer i videre omfang end tilsigtet ved lovens gennemførelse er blevet afskåret fra retten til at kræve befordring afgivet til afhentning af læge, og at lægerne uden at få compensation har måttet bære den deraf følgende udgiftsforøgelse. Socialministeriet har i *circulærer af 13. januar 1938 og af 14. september 1942* givet nærmere vejledning med hensyn til grænsernes fastsættelse. Det er herved bl. a. blevet fastslået som almindelig retningslinie, at amterne, når de kommer i tvivl om, hvorvidt et område bør lægges inden for eller uden for den sammenhængende bebyggelse, bør træffe den mildere afgørelse, d. v. s. lægge pågældende område uden for grænsen, således at de derboende sygekassemedlemmer bevarer den nævnte fribefordringsret.

Lægeforeningen har gennem en årrække gentagne gange fremsat krav om, at der i byerne, herunder i København, gennemføres en tilsvarende adgang til udbetaling af godtgørelse for kørsel, som gælder på landet.

Underudvalgets flertal kan anbefale formulering 1 til gennemførelse og bemærker følgende:

Flertallet går ind for, at *den hidtil gældende ordning i landdistrikterne*, hvorefter det offentlige yder sygekassemedlemmer godtgørelse for befordring af læge og jordemoder, *opretholdes* i det væsentlige uændret.

Reglerne om ret for sygekassemedlemmer til at forlange befordring afgivet til afhentning af læge har deres udspring i forholdene på landet på en tid, da landet kun var sparsomt dækket med læger, og det offentlige transportvæsen var lidet udviklet. Det måtte da være en vigtig social opgave at skaffe syge, som ikke selv rådede over heste og vogn, mulighed for afhentning af læge uden udgift for den syge. Den på landet gældende ordning, der har lang historisk hævd, må stadig anses for rimeligt begrundet i hensynet til at modvirke den ulighed, som for patienterne følger af forskellene i afstanden til læge eller jordemoder.

Efter flertallets opfattelse kan der derimod ikke anføres nogen fyldestgørende begrundelse for nu at tillægge sygekassemedlemmerne i *København eller købstæderne* en ret til godtgørelse for befordring af læger eller jordemødre, som ikke har bestået i henhold til hidtil gældende lovgivning. En tilsvarende begrundelse for ydelse af befordringsgodtgørelse som den for landdistrikterne anførte har aldrig foreligget i byerne. Det var her oprindeligt almindeligt, at lægerne besøgte deres patienter til fods eller i egen vogn. Det er flertallets opfattelse, at heller ikke den senere stedfundne udvikling har kunnet gøre et krav fra bylægerne om særskilt dækning af transportudgifter berettiget. Ganske vist har byernes voksende udstrækning og kravet om hurtig lægehjælp gjort det til en nødvendighed for de fleste læger i byerne at holde bil, men disse læger er til gengæld herved i stand til på kortere tid at tilse et større antal patienter end en landlæge og herved formentlig opnå en større indtægt. Hertil kommer, at de fleste læger i mindre købstæder oppebærer ikke ubetydelige beløb som godtgørelse for kørsel til patienter bosat i nærliggende landkommuner. For København gør sig det særlige forhold gældende, at kommunen er opdelt i lægedistrikter, således at de her virkende læger må antages at have et relativt beskedent kørselsbehov.

Flertallet finder det principielt *ubegrundet*, at der af det offentlige ydes særskilt dækning af udgifter til transport af læger og

jordemødre i tilfælde, hvor der ikke kan anføres en ganske særlig begrundelse, jfr. ovenfor om ydelse af godtgørelse i landdistrikterne. Andre erhvervsdrivende må gennem de indtægter, erhvervet afkaster, skaffe sig dækning for driftsomkostninger, og der ses ikke i denne henseende at være grund til at opstille særregler for læger og jordemødre, ligesom der næppe kan anføres nogen begrundelse for at behandle udgifter til kørsel anderledes end f. eks. udgifter til faglitteratur, instrumenter, leje af kliniklokaler m. v. Det bemærkes herved, at læger og jordemødre efter samme regler som andre erhvervsdrivende ved opgørelsen af den skattepligtige indtægt kan opnå fradrag for afholdte kørselsudgifter.

I overensstemmelse med de anførte principielle synspunkter har flertallet ikke ment at kunne gå ind for det af Lægeforeningen fremsatte ønske om en udvidelse af reglerne om godtgørelse for befordring af læger til også at gælde København, Frederiksberg og købstæderne. Repræsentanten for Københavns kommune, der slutter sig til denne indstilling, ønsker herved særlig at fremhæve, at opdelingen af København i lægedistrikter må antages at medføre et relativt beskedent kørselsbehov for de københavnske læger. Det bemærkes i denne forbindelse, at Københavns kommune hidtil gennem den mellemkommunale refusion har været med til at dække kørselsudgifterne for det øvrige land til trods for, at fribefordringsreglerne ikke har været gældende for kommunen, jfr. nærmere herom i afsnit III⁷⁾ om refusionsproblemerne.

I folkeforsikringslovens § 17 sondres der alene mellem købstæder (med tilgrænsende bymæssig bebyggelse) og det øvrige land. Reglerne gælder som ovenfor nævnt ikke for Københavns og Frederiksberg kommuner. Der er således ikke taget særligt hensyn til de større bymæssige bebyggelser, der ikke er opstået i tilknytning til en købstad, f. eks. større stationsbyer og de københavnske omegnskommuner. I en henvendelse af 26. marts 1957 til socialministeriet har foreningen

»Bymæssige Kommuner« anmodet om, at disse kommuners særlige forhold må blive gjort til genstand for overvejelse. Der er herved henvist til, at de for landdistrikterne gældende fribefordringsregler lægger større byrder på vedkommende kommuner end de for købstæderne gældende regler.

Spørgsmålet har været behandlet i det af indenrigsministeriet i 1952 nedsatte udvalg vedrørende de bymæssigt bebyggede sognekommuners særlige forhold, der i sin i 1956 afgivne betænkning har anbefalet, at sondringen mellem købstæder og landkommuner på dette område forlades til fordel for en mere realistisk betonet sondring mellem by og land, således at bysamfundsreglerne også kommer til at gælde for de større stationsbyer samt i de københavnske omegnskommuner.

Flertallet kan tiltræde de anførte synspunkter, hvorefter bebyggelsens tæthed bør være afgørende for, om der bør opretholdes regler om ydelse af særskilt befordringsgodtgørelse. Man er opmærksom på, at en gennemførelse af dette synspunkt vil medføre, at ydelse af godtgørelse for befordring af læge og jordemoder vil bortfalde i en række tilfælde, som hidtil har været omfattet af reglerne om befordringsgodtgørelse. Flertallet påpeger dog herved, at ydelse af befordringsgodtgørelse også har kunnet bortfalde efter de hidtil gældende regler, i det omfang den omkring en købstad fastsatte grænse udvides under hensyn til den bymæssige bebyggelses vækst. Kun i områder med landmæssigt præget bebyggelse er der som ovenfor nævnt efter flertallets opfattelse grund til, at det offentlige særskilt honorerer lægers eller jordemødres kørsel for derved at sikre sygekassemedlemmerne lige adgang til tilkaldelse af læge eller jordemoder uden hensyn til afstanden.

Det foreslås i overensstemmelse hermed, at reglerne om fri befordring til afhentning af læge eller jordemoder ikke skal finde anvendelse for så vidt angår læger og jordemødre, der har konsultationssted i hovedstadsområdet, købstæder (handelspladser og flækker) samt bymæssige bebyggelser med

⁷⁾ Se side 180.

»lindst 2.000 indbyggere, således at grænsen mellem land og by fastsættes for 5 år ad gangen af vedkommende amtmand. For de med staden København sammenhængende bebyggelser (hovedstadsområdet) må grænsen fastlægges efter forhandling mellem amtmændene i Københavns og Frederiksborg amter. Grænsen bør, jfr. den gældende bestemmelse i folkeforsikringslovens § 17, stk. 6, fastsættes under hensyntagen til de lokale forhold, og således at det tilstræbes, at »byreglerne« kommer til anvendelse i et område, der strækker sig indtil 1 km uden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse uden hensyn til kommunegrænserne. Man har dog fundet det rimeligt, at grænsen for så vidt angår *mindre købstæder eller bymæssige bebyggelser med under 4.000 indbyggere* drages således, at »byreglerne« alene kommer til anvendelse inden for den sammenhængende bymæssige bebyggelse. Den hidtidige regel, hvorefter der forud for grænsens fastsættelse skal forhandles med de interesserede kommunalbestyrelser og sygekasser, foreslås udvidet, således at der også skal finde forhandling sted med Lægeforeningen og Jordemoderforeningen.

Et *mindretal* kan anbefale formulering 2 til gennemførelse og bemærker hertil følgende:

Mindretallet finder det principielt af mindre væsentlig betydning, på hvilken måde der ydes godtgørelse for befordring af læger og jordemødre til medlemmer af sygekasserne, men ønsker at fremhæve, at *udgiften til befordring ikke hidtil har været indregnet i sygekassehonorarerne*, hvilket bl. a. fremgår af, at honorarerne i takst I-sygekasser (sygekasser i hvilke lægehonorarer fastsættes som fast årligt beløb pr. patient) er ens i by og på land. Man henviser i denne forbindelse til en af *voldgiftsrådet for sygekasser og læger* til arbejds- og socialministeriet stilet *skrivelse af 26. marts 1953*. I den nævnte skrivelse har voldgiftsrådet påpeget, at det i henhold til folkeforsikringslovens § 17 påhviler *kommunerne - ikke sygekasserne* - at afholde udgifterne ved lægernes befordring, men at de om kørselsgodtgørelse

gældende regler ikke finder anvendelse inden for Københavns og købstædernes grænser. Voldgiftsrådet udtaler herefter, at rådet må være af den enstemmige opfattelse, at denne begrænsning betyder en alvorlig udgiftsbelastning for lægerne i København og købstæderne, hvorfor man kraftigt opfordrer arbejds- og socialministeriet til at søge tilvejebragt en løsning, hvorefter der også ydes læger i København og købstæderne en rimelig befordringsgodtgørelse.

Da der ikke i underudvalget har kunnet opnås enighed om en ordning, hvorefter der gennem lovregler tilvejebringes sikkerhed for, at de her omhandlede kørselsudgifter fremtidig - uafhængigt af de hidtidige honorarsatser - dækkes gennem sygekassehonorarerne, må mindretallet *fastholde det hidtidige synspunkt, hvorefter dækning af kørselsudgifterne anses for en kommunal opgave*.

På denne baggrund henviser mindretallet til, at der ikke er nogen rimelig begrundelse for fortsat at begrænse reglerne om ydelse af kørselsgodtgørelse til landdistrikterne. Det er i lægelovent af 14. marts 1934, § 15, stk. 1, 2. pkt., forudsat, at lægerne har krav på dækning af de til en rimelig befordring medgæede udgifter. Det er efter mindretallets opfattelse *det eneste rationelle at lade afstanden være afgørende for sygekassemedlemmernes ret til at kræve befordring afgivet til tilkaldelse af læge eller jordemoder*. Efter den stedfundne udvikling af byerne kan læger og jordemødre også her have betydelige afstande at tilbagelægge til patienterne.

Mindretallet henviser endvidere til, at *det af lov givningsmagten er erkendt, at udviklingen har gjort en stadig udvidelse af fribefor dringsretten i byerne rimelig*. Medens oprindeligt kun sygekassemedlemmer på landet havde ret til fri befordring til sygehus, udvidedes denne ret ved lov af 6. maj 1921 til også at gælde medlemmer inden for grænsen, og ved lov af 14. juli 1927 fik disse medlemmer også ret til fri befordring til læge. Folkeforsikringsloven af 20. maj 1933 gav dem endelig ret til fri befordring til ambulans behandling på sygehus, og 1927-lovens

ret til fri befording til centralsygehus blev udvidet til at gælde også for medlemmer boende i købstæder.

Under henvisning til foranstående stiller mindretallet *forslag om, at reglerne om fri befording til afhentning af læge eller jordemoder gøres gældende for hele landet*. Man erkender imidlertid, at det administrativt ville være meget omstændeligt at opgøre godtgørelsen for befording af læger i byerne på samme måde som på landet, d. v. s. efter en opgørelse over hver enkelt tur. Det foreslås derfor, at godtgørelse for befording af læger til sygekassemedlemmer i *hovedstadsområdet, købstæder* (handelspladser og flækker) eller *bymæssige bebyggelser med mindst 2.000 indbyggere* ydes med *et fast årligt beløb* for så vidt angår patienter, der tilhører sygekasser, i hvilke honorarerne efter overenskomst ydes i form af et beløb pr. tilmeldt patient (takst I). Såfremt det ikke måtte være muligt gennem forhandlinger mellem Lægeforeningen og de kommunale organisationer at opnå enighed om godtgørelsens størrelse, bør spørgsmålet forelægges *mæglingsrådet for kommunal lægehjælp* til behandling i overensstemmelse med de i lov bekendtgørelse nr. 239 af 29. august 1927 indeholdte regler. Det er i nævnte lov bestemt, at mæglingsrådet i befordingssager tiltrædes af en læge med landpraksis. Mindretallet skal henstille, at loven ændres således, at rådet i sager, der drejer sig om kørselsgodtgørelse i byer og bymæssige bebyggelser, i stedet *tiltrædes af en læge med bypraksis*.

For så vidt angår *jordemødre* vil det ikke være muligt at fastsætte godtgørelsen til et årligt beløb pr. patient, idet der ikke mellem jordemødre og sygekasser findes aftaler om patienternes tilknytning til bestemte jordemødre. Det forudsættes derfor, at udbetaling af godtgørelse for befording af jordemødre også i København, Frederiksberg, købstæder og bymæssige bebyggelser sker efter de for landkommunerne anvendte principper, d. v. s. således, at der af vedkommende jordemødre aflægges regnskab for de enkelte kørsler.

Til stk.1.

Ifølge folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, jfr. stk. 4 og 6, har et sygekassemedlem ret til fri befording til det nærmeste *sygehus*, på hvilket sygekassen har ret til indlæggelse eller ambulante behandling mod nedsat betaling, og lige så langt tilbage. Drejer det sig om *indlæggelse*, er der endvidere ret til fri befording til et fjernere liggende sygehus, på hvilket sygekassen har ret til behandling mod nedsat betaling, og som er særlig bestemt for det pågældende område (et stedligt centralsygehus). I sidstnævnte tilfælde er det dog en betingelse, at forholdene i det enkelte tilfælde taler for indlæggelse på det fjernere liggende sygehus. I købstæder er det desuden en betingelse, at lægen erklærer befordingen for nødvendig. Befordringsudgiften ud over vejlængden til det nærmest liggende sygehus og eventuelt tilbage afholdes med lige store anparter af sygekassen, kommunen og amtskommunen.

Reglerne fortolkes i praksis således, at såvel befording til nærmeste sygehus i henhold til § 17, stk. 4, 1. pkt., som befording til et for pågældende område særlig bestemt »stedligt centralsygehus« efter bestemmelsens 2. pkt. er undergivet den almindelige begrænsning, at fri befording ikke ydes til sygehuse beliggende i en anden amtsråds-kreds end den, i hvilken patienten har bopæl.

Kun sygehuse, der henhører til det almindelige sygehusvæsen, anses i praksis for omfattet af bestemmelserne, jfr. herom nærmere bemærkningerne nedenfor ad stk. 8⁸).

Transport fra et sygehus til et andet i tilfælde, hvor patienten ikke først er udskrevet fra det ene sygehus, omfattes ikke af § 17.

Når patienter af deres hjemstedssygehus *henvises til specialbehandling* på fremmede kommunale sygehuse, på et statshospital eller på de for statens regning drevne neurologiske og neurokirurgiske afdelinger på Århus kommunehospital og Odense amts og bys sygehus samt til den neurokirurgiske afdeling på Bispebjerg hospital, kan transportudgiften imidlertid afholdes som sygehusudgift af hjemstedets sygehus, jfr. *indenrigs-*

⁸) Se side 178.

ministeriets cirkulærskrivelse af 5. juli 1956. Det samme gælder i *særlige tilfælde*, hvor forholdene taler for, at en patient er blevet *indlagt direkte* på en fremmed specialafdeling uden først at have passeret hjemstedets sygehus - f. eks. ved indlæggelse på neurokirurgisk afdeling efter et ulykkestilfælde. Endelig er det i den nævnte cirkulærskrivelse udtalt, at man vil finde det rimeligt, at hjemstedets sygehus afholder udgifterne ved transport af patienter, der efter at have været underkastet specialbehandling på en statsafdeling hjemsendes til *fortsat efterbehandling på hjemstedets sygehus*, uanset at indlæggelsen på det fremmede sygehus er sket uden om hjemstedets sygehus.

De gældende regler om fri befording til sygehuse har særlig på følgende punkter givet anledning til overvejelser i underudvalget:

a) spørgsmålet om, i hvilket omfang befordringsudgifter bør afholdes som sygehusudgifter,

b) spørgsmålet om fri befording til indlæggelse på almindelige kommunale sygehuse,

c) spørgsmålet om fri befording til ambulans behandling og undersøgelse på sådanne sygehuse,

d) spørgsmålet om fri befording i anledning af fødsel på sygehuse eller fødeklinikker og

e) spørgsmålet om fri befording til helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke hører til det almindelige kommunale sygehusvæsen.

ad a).

Der har i underudvalget været enighed om, at det i tilfælde, hvor hjemstedssygehuset ikke selv kan påtage sig den nødvendige behandling, må anses for naturligt, at sygehuset opfylder sin behandlingsopgave ved at foranledige patienten overført til et andet sygehus. Hjemstedssygehuset nyder herved fordelene af ikke at skulle anskaffe et så omfattende apparatur m. v., som ellers ville være nødvendigt. Underudvalget kan i

overensstemmelse hermed *anbefale*, at den *hidtidige praksis med hensyn til afholdelse af udgifter ved overførelse mellem sygehuse som sygehusudgift opretholdes*. Man finder det dog ønskeligt, at de nugældende regler i indenrigsministeriets cirkulærskrivelse af 5. juli 1956, der alene er formet som en henstilling til sygehuse, afløses af *lovregler eller bestemmelser i sygehuses takstregulativer*, således at der for sygehuse bliver pligt **til** at afholde disse udgifter, jfr. bemærkningerne nedenfor ad stk. 10⁹).

Der har endvidere i underudvalget været stillet forslag om, at *ambulancetransport til og fra sygehuse* afholdes af hjemstedssygehuse som refusionsberettigende sygehusudgift, uden at der stilles betingelser med hensyn til patienternes økonomiske eller forsikringsmæssige forhold. En sådan ordning ville indebære, at folkeforsikringslovens regler om ydelse af fri befording til og fra sygehuse i tilfælde af indlæggelse overflødiggøres, og at fribefordringsretten i disse tilfælde samtidig udvides til også at omfatte personer, der ikke er nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser, herunder personer der på grund af deres økonomiske forhold ikke er berettiget til nydende medlemskab.

Ordningen ville således løse problemet om befording i indlæggelsestilfælde af bemidlede, herunder medlemmerne af fortsættelses-sygekasserne, jfr. herom nærmere nedenfor i afsnit IV¹⁰).

Det har heroverfor været fremhævet, at en regel, der giver hjemmel til afholdelse af udgifter ved transport i ambulance, uden at folkeforsikringslovens almindelige betingelser er opfyldt, ville medføre alvorlig fare for misbrug af det dyreste befordringsmiddel, ambulancerne.

Det er endvidere anført, at en ordning, der giver adgang til fri befording til andre sygehuse, uden at patienten først har passeret hjemstedssygehuset, vil kunne få alvorlige økonomiske konsekvenser for hjemstedssygehuset, der ikke får lejlighed til at tage **stil-**

⁹) Se side 179.

¹⁰) Se side 181.

ling **til**, om behandlingen eventuelt kunne være foretaget på hjemstedssygehuset. Det er samtidig gjort gældende, at reglerne om fribefordring er af så kompliceret natur (f. eks. med hensyn til spørgsmålet om fri befording af ledsager, betaling af natlogi m. v.), at sygehusenes kontorer ikke er egnede til at løse denne opgave, ligesom kontrollen med, at misbrug ikke finder sted, må antages bedst at kunne udøves af patientens hjemstedskommune.

Endelig er det fremhævet, at det stillede forslag har som udgangspunkt, at folkeforsikringslovens regler om fri befording ved indlæggelse ikke er tilstrækkelig dækkende. Når disse regler tilpasses den stedfundne udvikling i overensstemmelse med nærværende indstilling, er samtidig en væsentlig del af begrundelsen for forslaget bortfaldet. Der er herved henvist til, at spørgsmålet om hjælp til befording af personer, der ikke er nydende sygekassemedlemmer, kan løses på anden måde, jfr. afsnit IV.

På foranledning af underudvalget har spørgsmålet i indenrigsministeriet været forhandlet med repræsentanter for Sygehusrådet og Sygehusforeningen, der ikke har ment at kunne støtte forslaget.

En række medlemmer af underudvalget har i princippet kunnet tilslutte sig tanken om, at udgifterne ved ambulancetransport til og fra sygehus afholdes som sygehusudgift, men disse medlemmer har under hensyn til de fra forskellige sider fremførte betænkeligheder ved forslaget og til den i nærværende indstilling foreslåede udvidelse af adgangen til fri befording til og fra sygehus for sygekassemedlemmer ikke ment at burde bygge det af underudvalget udarbejdede lovudkast på den forudsætning, at det her omhandlede forslag vedrørende ambulancetransport gennemføres.

Underudvalget kan herefter gå ind for, at den hidtidige praksis vedrørende afholdelse af udgifter ved overførelse fra et sygehus til et andet som sygehusudgift lovfæstes eller optages i sygehusenes takstregulativer, medens udgifter ved befording af sygekassemedlemmer til og fra sygehus iøvrigt efter

flertallets forslag som hidtil afholdes i henhold til folkeforsikringsloven som en kommunal udgift.

Et medlem af underudvalget finder ikke at kunne tillægge de i underudvalget fremkomne betænkeligheder afgørende vægt, men anbefaler gennemførelsen af lovregler, hvorved det pålægges sygehusene at afholde udgifterne ved ambulancetransport såvel til og fra som mellem sygehus, uden at der stilles betingelser med hensyn til patienternes økonomiske forhold eller forsikringsforhold.

ad b).

Med hensyn til spørgsmålet om *afgrænsningen af de (almindelige) sygehuse, til hvilke fri befording til indlæggelse bør ydes*, skal man bemærke følgende:

De gældende regler bygger på den forudsætning, at behandlingen af patienten normalt kan finde sted på det nærmeste sygehus eller dog på et for pågældende område særligt bestemt sygehus (et stedligt centralsygehus). I praksis er reglerne yderligere indsnævret derved, at de fortolkes som kun omfattende sygehuse beliggende i den amtsrådsreds, i hvilken patienten har bopæl. Den nævnte forudsætning *holder efter underudvalgets opfattelse ikke længere stik efter den stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet.* Lægevidenskabens udvikling har medført, at stadig flere behandlinger og undersøgelser kun foretages på specialafdelinger. Der er derfor, set fra patienternes synspunkt, et voksende behov for befordingshjælp til sådanne afdelinger. Specialiseringen har berørt både de lokale distriktssygehuse og i et vist omfang centralsygehusene, således at der i en række tilfælde er indgået overenskomster om indlæggelsesret også for patienter, for hvilke vedkommende distrikts- eller centralsygehus ikke er det nærmestliggende. I de sønderjyske landsdele er der således i 1953 mellem vedkommende amts- og bykommuner indgået en overenskomst om almindelig indlæggelsesret på ethvert kommunalt sygehus inden for området, når det pågældende sygehus på grund

af mere speciel lægelig indsigt eller specielle tekniske hjælpemidler anses for særlig egnet til behandling af den sygdom, hvoraf patienten lider.

Sygehusrådet har under henvisning til den nævnte udvikling inden for sygehusvæsenet over for indenrigsministeriet anbefalet, at der gives adgang til fri befording til indlæggelser i udvidet omfang. Man har herved bl. a. henvist til, at sygehuslovens § 12, stk. 1, lægger vægt på indgåelse af aftaler mellem sygehusene, hvorved der vil kunne opnås en økonomisk god og forsvarlig drift med en så hensigtsmæssig og fuld udnyttelse af de enkelte sygehuse som muligt. Efter den nævnte bestemmelse skal det tilstræbes at fjerne de hindringer for fuld udnyttelse af sygehusene, som skyldes de kommunale grænser.

Under henvisning til det anførte stiller underudvalget *forslag om, at der i sygdomstilfælde ydes nødvendig befording til indlæggelse på og hjemtransport fra et sygehus, på hvilket vedkommende sygekasse i opholdskommunen har ret til indlæggelse mod nedsat betaling.* Der vil gennem en sådan regel kunne opnås en automatisk tilpasning til den stedfindende udvikling inden for det lokale sygehusvæsen. Man mener herved at kunne gå ud fra som en selvfølge, at overenskomster om indlæggelsesret kun indgås i tilfælde, hvor vægtige økonomiske eller lægelige hensyn taler herfor.

ad c).

Med hensyn til spørgsmålet om *fri befording til ambulat behandling og undersøgelse på kommunale sygehuse* skal man bemærke følgende:

Der er *efter de gældende regler kun adgang til fri befording til ambulat behandling på det nærmeste sygehus, på hvilket sygekassen har ret til ambulat behandling mod nedsat betaling, men ikke til et fjernere liggende centralsygehus.* Denne begrænsning i fribefordringsretten gælder også, hvor der i det konkrete tilfælde ikke er mulighed for at yde den påkrævede ambulante behandling på det nærmeste sygehus, og hvor patienten

derfor må henvises til behandling på et fjernere liggende sygehus. Dette forhold har ofte givet anledning til stærk kritik. Det har været gjort gældende, at den i de senere år stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet har medført, at *de mindre lokalsygehuse i stigende omfang må afvise at påtage sig mere komplicerede ambulante undersøgelser eller behandlinger*, idet de hverken personalemæssigt eller med hensyn til udstyret er rustet til at varetage opgaver, som nu kun kan løses lægeligt forsvarligt på de større sygehuses specialafdelinger. Det er underudvalgets opfattelse, at der er en lige så stærk grundelse for at yde fri befording til ambulat behandling som til indlæggelse på et fjernere liggende sygehus. Den ambulante behandling strækker sig ofte over en længere periode, således at gentagne rejser er nødvendige med deraf følgende betydelige udgifter for patienten.

Underudvalget stiller herefter forslag om, at der ydes fri befording til *ambulant behandling eller undersøgelse* på sygehuse i tilsvarende omfang som ved indlæggelse, d. v. s. ved *befording til og fra sygehuse, på hvilke vedkommende sygekasse har ret til ambulat behandling mod nedsat betaling.* Med hensyn til fri befording til ambulat behandling på specialanstalter m. v. henvises til bemærkningerne nedenfor ad stk. 9¹¹⁾.

ad d).

Med hensyn til spørgsmålet om *fri befording i anledning af fødsel på sygehuse og fødeklinikker* skal man bemærke følgende:

Efter de *gældende regler* ydes fri befording til fødsel på *sygehus* (med eller uden særlig fødeafdeling) efter de *samme regler, som ellers gælder for indlæggelser på sygehuse.* Disse regler tager sigte på sygdomstilfælde, og befording efter disse regler vil derfor kun kunne ydes i tilfælde, hvor der er lægelig indikation for, at fødslen skal foregå på sygehus. Om fødsel på Rigshospitalet eller Fødselsanstalten i Jylland henvises

¹¹⁾ Se side 179.

til bemærkningerne nedenfor ad stk. 8¹²⁾).

Der findes ikke i folkeforsikringslovens § 17 særlige regler om fri befordring til *private fødeklinikker*, og fri befordring til sådanne kan derfor kun ydes i det omfang, det følger af de almindelige regler om fri befordring til jordemødre, jfr. bemærkningerne ad stk. 5¹³⁾. *De bestående muligheder for ydelse af fri befordring i forbindelse med fødsel på privat fødeklinik kan sammenfattes således*, jfr. arbejds- og socialministeriets skrivelse af 24. maj 1945:

Når en på landet boende barselpatient lader sig indlægge på vedkommende jordemoders fødeklinik i stedet for at føde i sit hjem — uden at der er tale om lægelig indikation — har hun ret til fri befordring til og fra fødeklinikken i overensstemmelse med bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, jfr. stk. 3.

Bor barselpatienten i en købstad, kan der derimod ikke ydes fri befordring til jordemoder og derfor heller ikke til en af en jordemoder oprettet fødeklinik.

Når lægen tilkaldes til barselpatienten under dennes ophold på jordemoderklinikken, kan der, når klinikken ligger inden for patientens hjemstedskommune, ydes godtgørelse for lægens befordring, forudsat, at sygekassen har betalingspligt over for lægen. Befordringen ydes inden for den i folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, jfr. stk. 3, fastsatte grænse i samme omfang, som hvis lægen var tilkaldt til barselpatientens hjem.

Når fødeklinikken ligger i en anden kommune end barselpatientens hjemstedskommune, kan der af opholdskommunen (fødeklinikkens kommune) ydes befordring af lægen efter bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 17, stk. 7 (om midlertidigt ophold uden for sygekassens område), såfremt lægen tilkaldes i anledning af en sygdom, som ikke står i forbindelse med fødslen.

Hvis fødeklinikken ligger i en anden kommune end barselpatientens hjemstedskommune, kan der, såfremt lægen tilkaldes for at bistå ved fødslen eller ved sygdom i for-

bindelse hermed, forudsat, at det påhviler medlemmets hjemstedssygekasse at betale lægen, af hjemstedskommunen ydes fri befordring i henhold til folkeforsikringslovens § 17, stk. 1, jfr. stk. 3, og inden for disse bestemmelsers grænser i samme omfang, som hvis lægen havde været tilkaldt til medlemmets bopæl.

Ved bedømmelsen af den praktiske betydning af de ovenfor nævnte retningslinier for ydelse af godtgørelse for lægens befordring må det haves i erindring, at der efter de gældende regler ikke ydes sådan godtgørelse til sygekassemedlemmer, der bor i København, Frederiksberg og købstæderne. Denne begrænsning er meget væsentlig, idet de fleste fødeklinikker er beliggende i disse byområder.

Det under indenri gsministeriet nedsatte fødsels h jælpsudvalg har sin i 1956 afgivne betænkning anbefalet, at der fremtidig også ydes fri befordring i det fornødne omfang for normalt fødende ved indlæggelse. Fødselshjælpsudvalget går i sin betænkning ind for, at offentlige fødselsinstitutioner, herunder specialafdelinger ved sygehuse, som hovedregel bør drives af kommunerne. Hvad angår institutioner uden for sygehuse finder udvalget, at en ordning, der i hovedsagen er baseret på sådanne institutioner, ikke bør støttes ved ydelse af tilskud efter sygehusloven, medens forholdet stiller sig anderledes, såfremt de fritstående institutioner indgår i et samlet system med specialafdelinger m. v., tilvejebragt ved kommunal foranstaltning. Dette gælder også, hvis det drejer sig om private fødehjem, med hvilke kommunerne opretter overenskomst. Fødselshjælpsudvalget anbefaler at fastsætte tilskud i henhold til sygehusloven til sådanne institutioner uden for sygehuse som et bestemt beløb pr. liggedag.

Det er for underudvalget oplyst, at overvejelserne om en eventuel gennemførelse af de i fødselshjælpsudvalgets betænkning stillede forslag vedrørende disse forhold endnu ikke er afsluttet.

På denne baggrund har underudvalget *ikke fundet det rigtigt på nuværende tids-*

¹²⁾ Se side 178.

¹³⁾ Se side 169.

punkt at stille forslag om særlige regler vedrørende ydelse af fri befording til fødeklinikker eller fødeafdelinger ud over, hvad der følger af reglerne om befording til og fra jordemoder og befording til indlæggelse på sygehus i tilfælde, hvor sygekassen betaler for opholdet på sygehus. Det bemærkes i denne forbindelse, at reglerne om befording af barselpatienter til og fra jordemoder som nævnt ovenfor ad stk. 5¹⁴⁾, er foreslået udvidet, således at de i modsætning til de hidtil gældende også finder anvendelse i København, på Frederiksberg og i købstæderne. Der vil derfor - med de begrænsninger, der gælder for befording til og fra jordemoder - også i de nævnte byområder kunne ydes fri befording til og fra en af en jordemoder drevet fødeklinik. I visse tilfælde vil dog den i stk. 2 foreslåede almindelige begrænsning: kun fri befording, når den enkelte befordringsudgift overstiger 3 kr., udelukke ydelse af fri befording til fødeklinikker i byerne.

Der erindres om, at den af underudvalgets flertal foreslåede formulering af stk. 6 vil medføre, at krav på godtgørelse for befording af læge og jordemoder vil bortfalde i visse bymæssige bebyggelser, herunder de københavnske omegnskommuner.

Man skal henstille, at spørgsmålet om befording til fødeklinikker tages op til fornyet behandling, når de foran nævnte overvejelser om gennemførelse af fødselshjælpsudvalgets forslag med hensyn til den fremtidige ordning af fødselsinstitutionernes forhold er afsluttet.

ad e).

Med hensyn til spørgsmålet om fri befording til helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke hører til det almindelige kommunale sygehusvæsen, henvises til bemærkningerne nedenfor ad stk. 8 og 9.

Til stk. 8.

De gældende regler hjemler ikke i almindelighed fri befording til helbredelsesanstalter, specialafdelinger m. v., som ikke hører under det almindelige kommunale sygehusvæsen.

4) Se side 167 f.

Således anses f. eks. følgende anstalter m. v. ikke for omfattet af bestemmelserne: Røgshospitalet, Finseninstituttet, Folkekuren ved Hald, Fødselsanstalten i Århus, de ortopædiske hospitaler, radiumstationerne, de for statens regning drevne neurologiske og neurokirurgiske specialafdelinger, gigtsanatorier, nervesanatorier, private specialklinikker.

Derimod er det i praksis anerkendt, at der i medfør af folkeforsikringslovens § 17 kan ydes fri befording til tuberkuloseanstalter og hospitaler for sindslidende med den almindelige begrænsning, at befordringen kun ydes til anstalter beliggende i den amtsrådsreds, i hvilken sygekassemedlemmet har bopæl.

Som ovenfor ad stk. 7¹⁵⁾ bemærket afholder hjemstedssygehuset i begrænset omfang udgifter ved befording til direkte indlæggelse på specialafdelinger.

Bortset herfra kan hjælp til befording til de ovenfor nævnte anstalter og afdelinger kun ydes i trangstilfælde i henhold til forsørgslovens bestemmelser herom.

Underudvalget har fundet de gældende regler utilstrækkelige. Den stigende specialisering inden for lægevidenskaben har medført, at behandlingen af særlige lidelser i større omfang henvises til særlige behandlingssteder. Afstanden fra patientens hjem til behandlingsstedet kan efter omstændighederne være betydelig, og befordringsudgiften kan betyde en alvorlig økonomisk belastning for patienten.

På den anden side bør det af hensyn til konsekvenserne for de offentlige udgifter fastholdes som et hovedsynspunkt, at behandlingen af patienterne bør foretages så nær dissens bopæl, som det kan gøres lægeligt forsvarligt. En egentlig ret for sygekassemedlemmer til fri befording til indlæggelse på

15) Se side 174.

disse specialanstalter m. v. bør derfor efter underudvalgets opfattelse kun omfatte tilfælde, i hvilke der foreligger en *speciel begrundelse* for at behandle den pågældende lidelse på vedkommende anstalt frem for på et almindeligt sygehus. Der bør derfor foretages en konkret bedømmelse af, hvilke anstalter og eventuelt hvilke lidelser, der herved bør komme i betragtning. I overensstemmelse hermed foreslås det, at der gives *socialministeren bemyndigelse til efter forhandling med indenrigsministeren at træffe bestemmelse herom.*

Underudvalget har ikke fundet det rigtigt at fremkomme med en egentlig indstilling om, hvilke anstalter m. v. fribefordringsadgangen bør omfatte. Det bemærkes dog, at man går ud fra, at bl. a. hospitaler for sindslidende, tuberkuloseanstalter, radiumstationer og gigtsanatorier samt de neurologiske og neurokirurgiske specialafdelinger vil blive omfattet af reglerne.

Man har endvidere fundet det naturligt at stille som betingelse for fribefordringsadgangen, at *sygekassen* (eventuelt i henhold til »privatklinikbestemmelsen« i vedtægterne) *helt eller delvis udreder betaling* i anledning af indlæggelsen.

Til stk. 9.

Det er underudvalgets opfattelse, at der i et vist omfang bør være mulighed for at yde fri befording også til *ambulant behandling og undersøgelse på en under stk. 8 henført anstalt m. v.* Man finder dog, at der i disse tilfælde bør opstilles noget *snævrere betingelser*, idet udgifterne ved gentagne besøg

vil kunne blive betydelige for det offentlige, ligesom det for kommunerne kan være vanskeligt at føre kontrol med, at ambulant behandling på fjernere liggende anstalter kun finder sted i påkrævet omfang.

I tilfælde, hvor behandling eller undersøgelse sker på en under stk. 8 henført anstalt m. v., der ligger i et andet amt, og hvortil afstanden fra patientens opholdssted overstiger 40 km, bør det efter underudvalgets opfattelse være en betingelse for ydelse af fri befording, at behandlingen eller undersøgelsen normalt ikke foretages på vedkommende almindelige kommunale sygehus, til hvilket patienten har ret til fri befording. For at undgå unødvendig administration finder man det dog ikke nødvendigt, at der i alle tilfælde skal foreligge lægeerklæring herom, men det foreslås udtalt i loven, at opholdskommunen er berettiget til at kræve forelagt den fornødne dokumentation vedrørende dette forhold.

Til stk. 10.

Som i bemærkningerne ad stk. 7¹⁶⁾ anført bør reglerne i indenrigsministeriets cirkulærskrivelse af 5. juli 1956 om afholdelse af udgifter ved transport mellem sygehuse, hvilke regler alene er formet som en henstilling, afløses af lovregler eller bestemmelser i sygehusenes takstregulativer, der pålægger hjemstedssygehusene betalingen som en pligt.

Man finder det naturligt, at folkeforsikringslovens regler om fri befording ikke skal komme til anvendelse i tilfælde, hvor befordringsudgifterne afholdes over vedkommende institutions driftsbudget.

III. REFUSION AF KOMMUNERNES UDGIFTER TIL FRI BEFORDRING

Efter folkeforsikringslovens S 17, stk. 2, tilvejebringes befordingen ved kommunalbestyrelsens foranstaltning, således at omkostningerne derved i alle tilfælde forlods udredes af kommunens kasse. Udgifterne bæ-

res som hovedregel af kommunen med adgang til at anmelde $\frac{2}{3}$ heraf til mellemkommunal refusion, jfr. folkeforsikringslovens § 65, stk. 6.

¹⁶⁾ Se side 174.

I et vist omfang er dog sygekassemedlemmernes ret til fri befording videregående end den kommunen påhvilende forpligtelse til at stille befording til rådighed.

Udgifterne ved befording af eller til læge eller jordemoder afholdes inden for en vejlængde af 10 km fra den syges bopæl frem og lige så langt tilbage af kommunen. Drejer det sig om befording af eller til en læge eller jordemoder, der bor over 10 km fra den syges bopæl, afholder kommunen ligeledes udgiften ved befordingen, for så vidt lægen eller jordemoderen er den nærmest boende, medens den i modsat fald kun betaler befordingen for en vejlængde af 10 km. Hvis den syge ifølge overenskomst mellem sygekasserne og lægerne har ret til at benytte en læge, der bor uden for de grænser, for hvilke kommunens pligt til at betale gælder, afholder *sygekassen* resten af beforderingsudgifterne, dog ikke ud over den afstand, der i pågældende overenskomst vedrørende almindelig lægehjælp er fastsat som begrænsning for medlemmernes ret til at tilkalde læge for sygekassens regning, jfr. § 17, stk. 3.

Også udgifter til indlæggelse på sygehus afholdes som hovedregel af kommunen. Drejer det sig om indlæggelse på et fjernere liggende centralsygehus, afholdes udgiften til befording ud over vejlængden til det nærmest liggende sygehus imidlertid ligeligt af *sygekassen, kommunen og amtskommunen*, jfr. § 17, stk. 4.

Et særligt refusionsproblem foreligger med hensyn til *København og Frederiksberg*.

Folkeforsikringslovens regler om fri befording er ikke hidtil anset for gældende for disse kommuner, idet de ikke dækkes af ordet »købstad« i § 17, stk. 6. Ordningen i København og på Frederiksberg har ikke givet anledning til vanskeligheder, så længe kommunernes udgifter til fri befording blev båret af kommunerne selv. I 1937 blev imid-

lertid de nugældende refusionsregler gennemført, hvorefter opholdskommunen kun bærer en trediedel af fribeforderingsudgiften, medens de to trediedele er genstand for mellemkommunal refusion. Herefter kom de to hovedstadskommuner til at deltage i refusionen af de udgifter, som andre kommuner afholder til fri befording, men da de nævnte kommuner ikke er omfattet af reglerne i folkeforsikringslovens § 17, har de ikke selv kunnet anmelde udgifter til refusion.

Der har i underudvalget været enighed om, at *den gældende regel i folkeforsikringslovens § 65, stk. 6, om kommunernes adgang til at anmelde ²/_s af fribeforderingsudgifterne til mellemkommunal refusion bør opretholdes*.

De særlige regler om fordeling i visse tilfælde af udgifterne ved befording til eller af læger og jordemødre på henholdsvis kommunen og sygekassen, jfr. folkeforsikringslovens § 17, stk. 3, er som ovenfor ad stk. 3¹⁷⁾ nævnt foreslået ophævet, således at sygekassen fremtidig fritages for at deltage i udgifternes afholdelse.

Den hidtidige regel i *folkeforsikringslovens § 17, stk. 4*, om, at udgiften ved indlæggelse på sygehus i visse tilfælde fordeles på sygekassen, kommunen og amtskommunen, er *ikke medtaget i underudvalgets foranstående forslag*, idet en sådan fordeling skønnes lidet rationel og savner begrundelse, når de forskellige sygehuse, på hvilke sygekassen har ret til indlæggelse mod nedsat betaling, ligestilles i henseende til ydelse af fri befording.

Da *Københavns og Frederiksberg kommuner* efter underudvalgets forslag vil være omfattet af fribeforderingsreglerne, vil disse kommuner *på lige fod med andre kommuner kunne anmelde afholdte fribeforderingsudgifter til mellemkommunal refusion*.

17) Se side 165.

IV. SPØRGSMÅLET OM YDELSE AF FRI BEFORDRING TIL ANDRE END NYDENDE MEDLEMMER AF STATSANERKENDTE SYGEKASSER

De gældende regler om fribefordring i folkeforsikringslovens § 17 finder kun anvendelse på nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser. Hjælp til befordring af personer i økonomisk trang kan dog ydes i medfør af forskellige bestemmelser i forsorsloven, af hvilke særlig kan nævnes § 70 angående befordring ved indlæggelse på særforsoresanstalter og den almindelige bestemmelse i § 334, nr. 14. Til folke- og invalidepensionister kan hjælpen ydes i medfør af bestemmelsen i folkeforsikringslovens § 79, stk. 3.

Der har i underudvalget været enighed om, at *det foran under II fremsatte forslag til ændrede regler om fribefordring i sin helhed kun bør finde anvendelse på nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser*, idet det herved er forudsat, at der ikke sker en væsentlig nedsættelse af sygekassegrænsen.

For så vidt angår befordringshjælp i sygdomstilfælde til personer i økonomisk trang har underudvalget ikke fundet grundlag for at stille forslag om gennemførelse af særlige regler, hvorved bemærkes, at man anser en nærmere drøftelse af bestemmelserne i forsorsloven for at ligge uden for underudvalgets opgaver. Det skal dog bemærkes, at de nævnte bestemmelser i forsorsloven efter det i underudvalget fremkomne synes at virke tilfredsstillende.

Med hensyn til spørgsmålet om ydelse af fri befordring til *den del af befolkningen, der på grund af de økonomiske forhold ikke er berettiget til medlemskab i statsanerkendte sygekasser*, herunder medlemmer af statskontrollerede fortsættelsesygekasser, skal man bemærke følgende:

Underudvalget har overvejet, i hvilket omfang der måtte være grund til at indføre regler om ydelse af fri befordring til denne befolkningsgruppe i de forskellige i sygdomstilfælde forekommende situationer. Der er

enighed om, at det ikke vil være naturligt at belaste det offentlige med udgifter til disse patienters transport til og fra læge, jordemoder eller ambulans behandling på sygehus eller med udgifter til transport af læge eller jordemoder til patienterne.

Derimod er der *efter underudvalgets opfattelse behov for regler om ydelse af hjælp til de efter omstændighederne betydelige udgifter ved transport til, fra og mellem sygehus i tilfælde, hvor kørsel med ambulance er nødvendig*. Særligt har det været fremhævet, at der burde være mulighed for at yde nydende medlemmer af fortsættelsesygekasserne hjælp til disse udgifter. Man har herved peget på, at der i kommissionen har været et almindeligt ønske om, at ydelserne fra forsikringerne for henholdsvis ubemidlede og bemidlede nærmer sig hinanden. I overensstemmelse hermed peger underudvalget på *den mulighed, at de statskontrollerede fortsættelsesygekasser optager denne hjælp som en ydelse til medlemmerne*. Det er af fortsættelsesygekassernes repræsentant i underudvalget oplyst, at fortsættelsesygekasserne stiller sig positivt til en løsning af dette spørgsmål.

I forbindelse med spørgsmålet om ydelse af befordringshjælp til bemidlede erindres der endvidere om, at den nuværende praksis med hensyn til afholdelse af udgifter til transport ved indlæggelse på specialafdelinger som sygehusudgift, jfr. foran¹⁸⁾ om indenrigsministeriets cirkulærskrivelse af 5. juli 1956, der omfatter alle patienter uden hensyn til økonomiske forhold eller forsikringsforhold, alene foreslås afløst af en pligtmæssig betaling for så vidt angår overførelse fra et sygehus til et andet, jfr. bemærkningerne til stk. 7 og 10. Derimod foreslås der ikke indført pligt for hjemstedsygehuset til at betale for transport i de af cirkulærskrivelsen omfattede tilfælde af di-

³⁾ Se side 174.

rette indlæggelse, hvilket bør tages i betragtning ved overvejelserne angående eventuel indførelse af befordringshjælp som ydelse fra fortsættelsessygekasserne.

Som tidligere bemærket bygger underudvalgets forslag på den *forudsætning, at der ikke sker en væsentlig nedsættelse af indtægts- og formuegrænsen for nydende medlemsskab i sygekasserne*. Såfremt en væsent-

lig nedsættelse måtte finde sted, bliver spørgsmålet om tilvejebringelse af yderligere dækning med hensyn til befordringshjælp til personer med indtægter over grænsen yderligere aktualiseret. Underudvalget finder anledning til at understrege, at spørgsmålet om befordringshjælp til disse personer i så fald bør gøres til genstand for fornyede overvejelser.

V. HOVEDKOMMISSIONENS DRØFTELSE

Drøftelserne har samlet sig om en række hovedpunkter af principiel karakter:

1. Der har i kommissionen været overvejende enighed om at fastholde de nugældende hovedprincipper, hvorefter folkeforsikringslovens fribefordringsregler *alene omfatter ubemidlede* nydende medlemmer af statsanerkendte sygekasser, og hvorefter befordringshjælpen til disse medlemmer er en *kommunal* ydelse, jfr. dog nedenfor under 5 om ambulancetransporter.

Der er under forudsætning af opretholdelse af disse principper enighed om at anbefale, at forsikringen for de bemidlede optager hjælp til ambulancekørsel til og fra sygehuse som en ydelse til medlemmerne.

2. Kommissionen kan tiltræde, at reglerne om fri befordring af patienter gøres fælles for hele landet, og herunder at *Københavns og Frederiksberg kommuner*, der hidtil har været holdt uden for folkeforsikringslovens fribefordringsregler, inddrages under disse regler med adgang til at anmelde de afholdte udgifter til mellemkommunal refusion på lige fod med landets øvrige kommuner.

3. Med hensyn til ydelse af *godtgørelse for lægers og jordemødres befordring i byerne* kan kommissionens flertal tilslutte sig underudvalgets flertal (lovudkastets stk. 6, formulering 1¹⁹⁾), der går ind for, at kø-

¹⁹⁾ Se side 162 og 170 ff.

selsgodtgørelse som hidtil ikke ydes i byerne, idet der samtidig foretages den ændring, at bymæssige bebyggelser med over 2.000 indbyggere sidestilles med købstæder.

Et mindretal (Lægeforeningens repræsentanter) anbefaler de af underudvalgets mindretal foreslåede regler (lovudkastets stk. 6, formulering 2), hvorefter befordringsgodtgørelse ydes over hele landet, til gennemførelse.

4. Kommissionen har drøftet begrænsningerne i og kontrollen med fribefordringen og har herunder været inde på tanken om at indføre en almindelig *selvrisiko*, således at patienterne i alle tilfælde selv skulle afholde en mindre del af befordringsudgiften. Ligeledes er det drøftet, om den af underudvalget foreslåede mindstegrænse (3 kr.) eventuelt burde forhøjes. Da de nævnte problemer har været indgående drøftet i underudvalget, henstiller kommissionen alene disse spørgsmål til videre overvejelse, men stiller intet konkret forslag om en ændring af underudvalgets forslag.

Det er af Lægeforeningens repræsentanter fremhævet, at det bør undgås, at reglerne om fribefordring af patienter til og fra lægesærlig i København - medfører en større byrde for de praktiserende læger med hensyn til udfærdigelse af attester eller afgivelse af udtalelse til de kommunale myndigheder; men at kontrollen baseres på tro og love erklæringer fra den pågældende. Der er i kommissionen enighed om at henstille, at

der ved de *kontrolregler*, der skal udfærdiges af socialministeriet, jfr. lovudkastets stk. 2, tilvejebringes sikkerhed for, at lægerne kun afkræves erklæring eller udtalelser i det omfang, der er absolut nødvendigt for at undgå misbrug.

5. Kommissionen har specielt drøftet, i hvilket omfang det eventuelt bør pålægges sygehusene at afholde befordringsudgifter som *refusionsberettigende sygehusudgift*.

Man kan tilslutte sig underudvalgets forslag om, at den nugældende praksis angående afholdelse af transportudgifter ved overførelse fra et sygehus til et andet lovfæstes, eller at bestemmelser herom optages i sygehusenes takstregulativer.

Med hensyn til det videregående forslag om, at alle udgifter ved transport også til og fra sygehuse i ambulance skulle afholdes som sygehusudgift, har kommissionens flertal bemærket sig de i underudvalgets betænkning²⁰) fremførte betænkeligheder ved en sådan nyordning, herunder at Sygehusrådet og Sygehusforeningen har taget afstand fra forslaget, og flertallet stiller under hensyn hertil ikke forslag om ordningens gennemførelse, uanset at en række medlemmer i princippet har udtrykt sympati for tanken.

Et mindretal (P. J. Pedersen) anbefaler, at udgifter til kørsel med ambulance til og fra sygehuse, såvel som mellem sygehuse, afholdes som refusionsberettigende sygehusudgift.

6. Kommissionen har ikke i enkeltheder drøftet de af underudvalget foreslåede udvidede regler om *transport til og fra sygehuse* (herunder specialsygehuse), men har

²⁰) Se side 174 f.

bemærket sig, at udvidelserne er begrundet i den stedfindende udvikling inden for sygehusvæsenet, herunder særlig den skete specialisering.

7. Med hensyn til spørgsmålet om befordring til og af *speciallæger* kan kommissionen i princippet tilslutte sig underudvalgets forslag.

Under drøftelserne har der været udtrykt en vis betænkelighed ved den foreslåede afstands begrænsning (40 km), idet der visse steder i landet kan være mere end 40 km til den nærmeste speciallæge. Der er heroverfor henvist til, at begrænsningen er begrundet i hensynet til de offentlige udgifter på områder, hvor der inden for vedkommende speciale kun findes få speciallæger, og at eventuel supplerende hjælp i trangtilfælde kan afholdes som særhjælp i henhold til forsøgslovens § 334, nr. 14.

Et mindretal (Jørgen Krogh og Godtfred Knudsen) har taget afstand fra, at der efter de foreslåede regler kan ydes befordringsgodtgørelse til speciallægers kørsel til patienterne, idet denne kørsel næppe er af et omfang, der berettiger til ydelse af godtgørelse fra det offentlige.

8. Et *mindretal* (Erik Ninn-Hansen) beklager, at underudvalgets forslag bygger på den forudsætning, at der bevarer et system med en sygekassegrænse, idet dette medlem, som det fremgår af hans udtalelser andetsteds i betænkningen²¹), har den principielle opfattelse, at der ikke bør være nogen sondring mellem ubemidlede og bemidlede inden for sygeforsikringen. På denne baggrund har dette medlem ikke kunnet tilslutte sig underudvalgets forslag.

²¹) Se side 65 f. og 108 ff.

Dagpengehjælp i sygdomstilfælde

I. INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

Den kritik, der navnlig i årene efter sidste krig har været rettet mod sygekasseordningen, har ikke mindst drejet sig om utilstrækkeligheden af dennes dagpengeydelse. De herhen hørende spørgsmål er behandlet af det foran i kapitel 1 omtalte underudvalg. I dettes afsluttende arbejde har sognerådsformand Godtfred Knudsen været afskåret fra at deltage på grund af sygdom.

Under de rådende forhold består der følgende muligheder for at få indtægtstab som følge af sygdom erstattet i større eller mindre omfang eller for at oppebære løn under sygdom:

A. Sygedagpenge fra anerkendt sygekasse eller fortsættelsessygekasse.

B. Understøttelseskasser, 100-mandsforeninger og lokale virksomhedsordninger.

C. Private forsikringsselskaber.

D. Ordninger, som hviler på kollektive overenskomster.

E. Hovedorganisationernes sygelønsordning.

F. Sygelønsordninger, herunder sygelønsfond B, med hovedorganisationernes sygelønsordning som forbillede.

G. Offentlige tjenestemænd, funktionærer m. v., der har en lovmæssig eller kontraktlig ret til at oppebære løn ubeskåret under sygdom.

A. SYGEDAGPENGE FRA ANERKENDT SYGEKASSE ELLER FRA FORTSÆTTELSESSYGEKASSE

Sygekassernes ydelse af dagpengehjælp i sygdomstilfælde var som også nævnt i ka-

pitel 2, oprindeligt en rimelig mulighed for at dække et af sygdom forvoldt indtægtstab. Sygekasserne skulle ved sygekasselovens gennemførelse i 1892 give adgang til sikring af samme mindstebeløb i dagpenge som den dag i dag, 40 øre, eller 2,80 kr. pr. uge. Dette beløb stod den gang i et rimeligt forhold til de laveste lønninger, der ikke overskred 5-6 kr. om ugen. Som begrænsning i adgangen til at sikre sig dagpengehjælp gjaldt i øvrigt, at kasserne skulle give et medlem adgang til at sikre sig indtil et beløb svarende til $\frac{2}{5}$ af arbejdsfortjenesten. Hvis daglønnen var 3 kr., hvilket var en ret almindelig løn for de bedre stillede arbejdere, kunne vedkommende sikre sig ca. 1,70 kr. i dagpenge, idet dette beløb, udbetalt for hver af ugens 7 dage, gav 11,90 kr., hvilket er ca. $\frac{2}{3}$ af en ugeløn på 6×3 kr. = 18 kr. I 1915 fastsattes maksimumbeløbet for dagpenge til 3 kr., og siden 1921 har 6 kr. været maksimum for kassernes dagpengehjælp.

En undersøgelse af, hvorledes medlemmerne har udnyttet adgangen til at sikre sig dagpenge, viser, at i 1934 havde 56 pct. af de mandlige arbejdere kun sikret sig 40 øre i dagpengehjælp, og 20 pct. havde sikret sig 1 kr. Der synes ikke senere at være nogen tendens til, at medlemmerne sikrer sig højere dagpengehjælp, end det er udtrykt ved de anførte procenter, ej heller efter gennemførelsen af sygelønsordningerne. Den gennemsnitlige pengehjælp pr. dag er kun ca. 1,50 kr.

I fortsættelsessygekasserne kan medlem-

mer med regelmæssigt erhverv sikre sig 1-6 kr. i dagpenge. Af disse kassers ca. 375.000 medlemmer har ca. 45.000 sikret sig dagpenge.

B. UNDERSTØTTELSESKASSER, 100-MANDSFØRENINGER OG LOKALE VIRKSOMHEDSORDNINGER

Der findes en lang række private sygehjælpsforeninger, understøttelsesforeninger, 100-mandsforeninger o. l., som på gensidighedsbasis yder medlemmerne hjælp i sygdomstilfælde. Nogen oversigt over disses antal og virksomhed findes — så vidt vides — ikke. »Social Sikring«, bilagsside 25, anslår medlemstallet til mindst 100.000.

Dagpengehjælpen synes i reglen at udgøre fra 2-4 kr., i visse tilfælde dog op til 10 kr. Finansiering sker normalt ved kontingent fra medlemmerne.

I de sidste 50 år er der endvidere på mange virksomheder blevet oprettet sygelønsordninger for arbejderne gennem lokale aftaler mellem virksomhedsledelsen og arbejderne. En undersøgelse foretaget af hovedorganisationernes sygelønsudvalg i 1956 viste, at der inden for Arbejdsgiverforeningens medlemskreds fandtes omkring 1.400 sådanne ordninger omfattende ca. 117.000 arbejdere. Disse ordninger er af vidt forskellig karakter, og dagpengenes størrelse varierer normalt mellem 5 og 15 kr. pr. dag. Finansieringen er i flere tilfælde ordnet gennem lige store bidrag fra arbejdere og arbejdsgivere.

C. PRIVATE FORSIKRINGSSKABER

Der findes heller ikke nogen oversigt over, i hvilket omfang der tegnes sygehjælps- (dagpenge-) forsikring i de private forsikringselskaber. Det er formentlig navnlig selvstændige erhvervsdrivende, der sikrer sig hjælp under denne form.

D. ORDNINGER, SOM HVILER PÅ KOLLEKTIVE OVERENSKOMSTER

Foruden sygelønsordningen (se nedenfor under E) findes der i en række kollektive

overenskomster bestemmelser om løn eller dagpenge i sygdomstilfælde. Også disse bestemmelser varierer meget i indhold. Der findes en del overenskomster, som giver arbejderne ret til løn under sygdom i 1 uge eventuelt med fradrag af sygekassedagpenge. En del overenskomster giver ret til fuld løn i 4-6 uger, og nogle få i endnu længere tid.

Ifølge den undersøgelse, der blev foretaget af hovedorganisationernes sygelønsudvalg, modtog knap 20.000 arbejdere ansat hos Dansk Arbejdsgiverforenings medlemmer løn under sygdom i 1956.

Inden for enkelte større overenskomster findes der selvstændige dagpengeordninger. Dette gælder således for overenskomsterne med Dansk Bryggeri-, Brænderi- og Mineralvandsarbejder-Forbund, som står uden for De samvirkende Fagforbund. Det gælder endvidere for de grafiske fags og for Køindustriens Fabrikantforenings overenskomster. Disse dagpengeordninger giver arbejderne større ydelser under sygdom end hovedorganisationernes sygelønsordning.

E. HOVEDORGANISATIONERNES SYGELØNSORDNING

Det af forligsmanden stillede mæglingforslag af 31. marts 1956 - som senere blev ophøjet til lov — indeholdt bestemmelser om, at der skulle gennemføres en sygelønsordning, hvorefter arbejdsgiverne skulle have pligt til at yde deres arbejdere dagpenge i sygdomstilfælde. De nærmere bestemmelser herom blev udarbejdet af et i henhold til mæglingforslaget nedsat udvalg, hvis indstilling tiltrådtes af hovedorganisationerne.

Udbetalingen af dagpenge blev påbegyndt den 15. januar 1957, efter at arbejdsgiverne fra 1. april 1956 til 31. december 1956 havde indbetalt 2 øre pr. præsteret arbejdstime til en garantifond.

Denne ordning benævnes: Hovedorganisationernes sygelønsordning. Ethvert medlem af Dansk Arbejdsgiverforening er pligtig at deltage i sygelønsordningen, dersom hans

faglige overenskomst er omfattet af nævnte mæglingsforslags sygelønsbestemmelser. Omfattet af ordningen er også arbejdere, som ifølge overenskomst eller sædvane har ret til at oppebære fuld løn under sygdom, når blot mæglingsforslagets sygelønsbestemmelse i 1956 blev gældende for sådanne overenskomster.

Uden for ordningen falder således alene arbejdere, som ifølge lov har krav på løn under sygdom (funktionærer, medhjælper, søfolk og lærlinge), samt overenskomstråder, hvor dagpengespørgsmålet var løst uden om mæglingsforslaget. Dette gælder som ovenfor nævnt de grafiske fag, kødindustrien og bryggerierne.

Ifølge ordningen ydes der i sygdomstilfælde, som varer mere end 6 dage, dagpenge i indtil 13 uger i løbet af 12 måneder. Der betales dagpenge for 6 dage pr. uge med følgende beløb:

- 14 kr. for voksne mænd,
- 9 kr. for voksne kvinder, og
- 6 kr. for arbejdere under 18 år.

Som bidrag til fonden betales der af arbejdsgiverne 2 øre, af arbejderne 1 øre pr. arbejdstime; arbejdernes bidrag tilbageholdes af arbejdsgiverne i lønnen.

Sygekasserne og fortsættelsessygekasserne udbetaler dagpengene. Bidragene indbetales af arbejdsgiverne til fonden gennem sygekassernes centralforeninger.

F. SYGELØNSORDNINGER, INDRETTET EFTER HOVEDORGANI- SATIONERNES SYGELØNSORDNING

Efter gennemførelsen af hovedorganisationernes sygelønsordning er der oprettet en række tilsvarende sygelønsordninger. Den mest omfattende af disse er den såkaldte sygelønsfond B. Under denne ordning, som kun tæller arbejdsgivere, der står uden for Dansk Arbejdsgiverforening, hører først og fremmest arbejdere beskæftiget hos arbejdsgivere, som ifølge overenskomst har forpligtet sig til at yde dagpenge efter tilsvarende regler som

Dansk Arbejdsgiverforenings medlemmer, men ordningen står i øvrigt Iben også for uorganiserede arbejdsgivere, hvad enten de har overenskomst med fagforbund eller ej.

Under denne ordning hører navnlig arbejdere beskæftiget hos Hovedorganisationen af Mesterforeninger i Byggefagene i Danmark og hotel- og restaurationsbranchen m. fl.

B-ordningen administreres ligeledes af sygekasserne, og reglerne for ydelse af hjælp svarer til reglerne i hovedorganisationernes sygelønsordning.

I overenskomsterne mellem De samvirken- de Sognerådsforeninger og Dansk Arbejdsmandsforbund er der ligeledes optaget en sygelønsordning, der svarer ret nøje til hovedorganisationernes sygelønsordning. De enkelte kommuner optræder dog her som selvforsikrere. Købstadskommunerne har ligeledes hver for sig lavet tilsvarende ordninger for deres løst ansatte arbejdere.

Ifølge de i 1956 afsluttede overenskomster mellem Mejeriernes Arbejdsgiverforening og Dansk Mejeristforbund og mellem Sammenslutningen af Landbrugets Arbejdsgiverforeninger og Gartnerforbundet er der oprettet sygelønsordninger, som administreres af organisationerne selv, og hvis ydelse ligger på linie med ydelserne efter hovedorganisationernes sygelønsordning.

I overenskomsterne mellem medlemmer af Sammenslutningen af Landbrugets Arbejdsgiverforeninger og Dansk Arbejdsmandsforbund og Kvindeligt Arbejderforbund i Danmark (fra foråret 1958) er det udtalt, at der er enighed om, for så vidt der ikke inden 1. februar 1959 er fremsat lovforslag om en almindelig sygelønsordning, at oprette en særskilt sygelønsfond for sammenslutningens medlemmer, hvortil arbejdsgiverne fra 1. april 1959 indbetaler 2 øre og arbejderne 1 øre pr. præsteret arbejdstime.

G. TJENESTEMÆND, FUNKTIONÆRER, MEDHJÆLPERE M. FL.

Personer, der er omfattet af lovgivningen om statens, folkekirkens og folkeskolens tj-

nestemænd, har en lovmæssigt fastsat ret til at oppebære deres løn ubeskåret, selv om de en vis tid er arbejdsudygtige på grund af sygdom. Tilsvarende regler gælder for en række andre personer i statens eller kommunernes tjeneste. På lignende måde har visse beskæftigede i private erhverv en lovmæssig ret til at oppebære deres løn, selv om de er arbejdsudygtige på grund af sygdom. Det gælder personer omfattet af funktionærloven, medhjælperloven, lærlingeloven eller sømandsloven. Den først nævnte af disse love har de gunstigste regler for de pågældende, idet funktionærer under sygdom vil

kunne oppebære løn i indtil 120 dage, eventuelt i endnu længere tid.

Endelig er det almindeligt, at ledende personale i henhold til kontrakt eller sædvane oppebærer løn under sygdom.

H. SAMMENDRAG

Under De samvirkende Fagforbund var ved udgangen af 1957 organiseret i alt ca. 700.000 arbejdere. Af disse er følgende dækket af sygelønsordninger, enten i form af fuld løn i henhold til lov, eller fuld løn eller dagpenge i henhold til overenskomst.

Fuld løn i henhold til lov (funktionærer, medhjælpere, sømænd, statsansatte o. l.)	ca.	140.000
Under hovedorganisationernes sygelønsordning	»	256.000
B - ordningen	»	80.000
Andre kollektive aftaler (typografer, kødindust. mejerier, gartnerier etc.)	»	40.000
	ca.	516.000
Hertil kommer som dækket gennem landbrugets aftaler	»	40.000
	ialt ca.	556.000

Tilbage under De samvirkende Fagforbund er der herefter ca. 144.000. Af disse udgør de arbejdsløse den største gruppe, idet der ifølge arbejdsdirektørens beretning for 1957-58 gennemsnitligt var 76.700 ledige i nævnte år. Angående antallet af lønarbejdere, der er taget i betragtning ved udvalgets overvejelser, henvises til afsnit XI.

I 1957 blev der af sygekasser og fortsættelsesygekasser udbetalt dagpenge med i alt ca. 10,5 mill. kr., medens der blev udbetalt et beløb på ca. 16,7 mill. kr. fra hovedorganisationernes sygelønsordning og sygelønsfond B tilsammen. Der findes ikke nogen oversigt over, hvor stort dagpengebeløb der er udbetalt via de under B, C og D nævnte ord-

ninger, ligesom der heller ikke er offentliggjort tal for de beløb, der er udbetalt i henhold til de ordninger, som — bortset fra de to store sygelønsordninger — er blevet oprettet siden 1956, jfr. foran under F.

Kommunerne yder i en række tilfælde hjælp til personer, der er kommet i trang på grund af sygdom. Det drejer sig om forskellige hjælpeformer, herunder særlig fortsat sygekassehjælp og kommunehjælp. Noget talmæssigt materiale til belysning heraf foreligger ikke. Udvalget har henstillet til socialministeriet at foretage en undersøgelse af størrelsen af den kommunehjælp og særhjælp, der udbetales i sygdomstilfælde.

II. DAGPENGESPØRGSMÅLETS BETYDNING FOR FORSKELLIGE BEFOLKNINGSGRUPPER

A. LOVHJEMLET SYGELØN

For personer i de i forrige afsnit under punkt G omtalte grupper, der oppebærer deres fulde løn, selv om de er arbejdsudygtige

som følge af sygdom, er der intet sygedagpengeproblem, så længe deres arbejdsforhold består; men er de syge ved arbejdsforholdets ophør, kan der være et problem.

B. PENSIONISTER M. V.

Personer, der er »afgået med pension« eller som lever af livrente eller legater, af renterne af en kapital eller af privat understøttelse (herunder studerende og hjemmeværende børn uden erhverv), har intet indtægtstab under sygdom. De falder derfor uden for en sygedagpengeordnings problemer. Det samme gælder i princippet personer, der lever af invalide-, folke- eller enkepension og ikke har indtægt ved arbejde eller selvstændigt erhverv.

C. HUSMØDRE

Husmødre uden selverhverv har intet direkte indtægtstab, når de er syge; udvalget har dog overvejet, om det forhold, at værdien af husmoderens arbejdskraft ofte formindskes, når hun bliver syg, burde kunne komme i betragtning som et moment ligestillet med en lønarbejders af sygdom forårsagede løn- tab, og har ment at måtte overveje en vis dagpengehjælp til husmødre.

D. SELVSTÆNDIGE NÆRINGS- DRIVENDE

For denne gruppe vil det ofte være vanskeligt at fastslå, hvorvidt, hvornår og i hvilket omfang der opstår indtægtstab på grund af sygdom (sammenlign »Social Sikring«, side 175). At der foreligger tilfælde, hvor indehaveren af en virksomhed under sygdom har indtægtstab eller merudgift til medhjælp er dog utvivlsomt. Udvalget mener derfor, at denne gruppe må have en vis interesse i en dagpengeordning, men at interessen dog er så betinget, at de selvstændige må placeres på særlig måde i et dagpengesystem.

E. LØNARBEJDERE

Det er denne befolkningsgruppe, der navnlig må have interesse i problemet om den forbedring af vor sygedagpengeordning, der fra mange sider, ikke mindst fra sygekassernes, er rejst krav om.

Ganske vist kan det med nogen ret hævdes, at når de rådende forhold er utilfredsstillende, så skyldes dette ikke udelukkende en lovmæssig brist; adgangen til dagpenge i sygekasserne udnyttes, som berørt i indledningen, langt fra fuldt ud. Det kan derhos med rette gøres gældende, at de nu gennemførte sygelønsordninger har afhjulpet et stort savn; forholdet er jo dog, at en voksen mandlig arbejder - som i sygekassen har sikret sig dennes maksimum, 6 kr. pr. sygedag, (der udbetales for hver af ugens syv dage), og som omfattes af en af »sygelønsordningerne« - ville kunne have en ugentlig indtægt på 7X6 kr. + 6X14 kr. = 126 kr. i en periode på indtil 13 uger, svarende til ca. V2 af en faglært arbejders ugeløn, og i hvert fald ikke mindre end hvad pågældende kunne oppebære i arbejdsløshedsunderstøttelse.

Der findes ingen dokumenteret forklaring på, at sygekassernes dagpenge udnyttes så lidt, som tilfældet er; men man kan tænke sig flere årsager dertil:

Sædvanligt regner unge mennesker ikke med at blive syge, i hvert tilfælde ikke i længere tid, og ønsket om sikring af en vis indtægtsdækning under sygdom er derfor i almindelighed ikke stærkt fremtrædende i denne gruppe. Det virker derhos afsvækkende på et eventuelt ønske om at tegne en sådan sikring, at kontingentet for sygekassernes dagpengesatser må blive ret højt, fordi der er tale om en frivillig forsikring, og det ikke er usandsynligt, at forsikringen fortrinsvis tegnes af personer, der har forholdsvis mange sygedage, navnlig vil disse endda interessere sig for de højeste dagpengesatser.

På den anden side anser formentlig mange medlemmer kassernes dagpengehjælp for at være af så ringe betydning, at de lige så godt kan nøjes med den laveste sats, der er tvungen for mandlige medlemmer over 18 år. I hvert fald drejer det sig om en så fæstnet sædvane, at det efter udvalgets skøn ikke vil være forsvarligt at regne med, at lønarbejderne — efter at nu sygekassernes dagpenge ofte vil være et supplement til sygelønsordningens - vil udnytte kassernes adgang til sikring af de højeste dagpenge i væsentligt

større omfang end hidtil. Intet erfaringsmateriale peger heller i den retning.

Hvad på den anden side »sygelønsordningerne« angår mener udvalget, at disse ordninger, der er obligatoriske for de pågældende arbejdere, har ydet et særdeles værdifuldt bidrag til at afbøde de økonomiske følger af sygdom blandt lønarbejdere. På nogle punkter er de dog ikke så fuldstændige, som det fra et socialt synspunkt kunne ønskes. Der tænkes herved på, dels at en betydelig del af lønarbejderne vil stå udenfor, dels på det forhold, at sygelønsordningerne ikke omfatter sygeløn til arbejdere, der bliver syge, medens de er arbejdsløse. Endvidere er sygelønens udstrækning i tid måske snævrere begrænset end fra et socialt synspunkt ønskeligt; dette gælder også bestemmelsen om, at der for samme sygdomstilfælde overhove-

det ikke kan ydes sygeløn ud over 13 uger (medens der i øvrigt kan ydes hjælp i indtil 13 uger inden for hver tidsfølge af 12 måneder).

Selv om meget af den fremsatte kritik af vort dagpengesystem er fremkommet førend sygelønsordningerne, kan man derfor ikke hævde, at disse har fjernet grundlaget for kritikken, og at man ville kunne lade det bero ved det, der nu er skabt på dette område.

Det er udvalgets opfattelse, at en fuldt udbygget sygedagpengeordning omfattende alle lønarbejdere, hvadenten de er beskæftiget hos organiserede eller uorganiserede arbejdsgivere, og desuden alle personer, der mister arbejdsløshedsunderstøttelse på grund af sygdom, kun kan nås ved en almen, lovmæssig ordning.

III. HVEM SKAL HJÆLPEN OMFATTE

I det foregående afsnit er det søgt påvist, at trangen til en passende dagpengeordning ikke er lige stærk i de forskellige, i afsnittet nævnte grupper. Den er tungtvejende for så vidt angår de lønarbejdere, der ikke har en lovmæssig eller kontraktlig ret til sygeløn. På den anden side kan de pensionister, rentiers og forskellige understøttede, hvem sygdom ikke påfører indtægtstab, ikke komme i betragtning. For selvstændige og for husmødre uden erhverv gør en vis betinget interesse sig gældende.

Allerede dette må efter udvalgets mening vise henimod, at der ikke bør opstilles et ensartet, samtlige borgere omfattende system. For lønarbejdernes vedkommende er der en almen, social interesse knyttet til en fuldt betryggende, lovmæssigt udbygget ordning. For de andre grupper er der også en offentlig interesse i en ordning; den vil dog kunne tilfredsstilles ved et friere system.

Udvalgets forslag går derfor ud på en tvungen ordning for lønarbejdere, som ikke har en lovmæssig eller kontraktlig ret til

sygeløn (udvalgets *forslag I*¹⁾), men en frivillig ordning for de andre grupper, for så vidt gruppen overhovedet kommer i betragtning (udvalgets *forslag II*²⁾).

Det står udvalget klart, at der findes en række erhverv, hvis udøvere efter arten af deres arbejde snarest må sidestilles med lønarbejdere, men som er deres egen arbejdsgiver. Der kan her nævnes f. eks. parkeringsvagter, skærslippere, havemænd og personer, der tilbyder deres arbejdskraft til små reparationer o. l., som normalt udføres ved selvstændige håndværksmestre. Personer af denne kategori vil vanskeligt kunne placeres bestemt i det foreslåede system. I det omfang de - periodevis - påtager sig egentligt lønarbejde, vil de være omfattet af forslag I. Ønsker en person af denne kategori en dagpengeforsikring efter de foreslåede regler for selvstændige næringsdrivende m. fl. (forslag II), vil denne stå dem åben.

¹⁾ Se side 204 ff.

²⁾ Se side 218 ff.

IV. SPØRGSMÅLET OM DAGPENGEORDNINGENS TILKNYTNING TIL SYGEKASSERNE

For så vidt tilslutningen til en dagpenge-sikring tænkes at hvile på *frivillighed*, er der næppe anden praktisk mulighed end at knytte dagpengeordningen til *nydende* medlemskab i sygekasser (eller fortsættelsessygekasser).

I det omfang, det derimod gøres til pligt for lønarbejderne at være sikret sygedagpenge, opstår spørgsmålet, om retten til dagpenge også i så fald bør være knyttet til nydende medlemskab i kasserne. En sådan tilknytning må i hvert fald hvile på bestemte forudsætninger:

dels at adgangen til nydende medlemsret ikke gøres betinget af forhold, som ikke alle opfylder,

dels at der er vægtige administrative grunde til at stille et sådant krav.

Det første af disse vilkår vil være opfyldt, såfremt forholdet i et ændret sygekassesystem ordnes således, at opnåelse af nydende medlemsret i sygekasserne - i modsætning til hvad der nu er tilfældet — ikke mere betinges af opfyldelse af visse helbredskrav eller af, at en vis aldersgrænse ikke er overskredet.

Selv om fortsættelsessygekasserne under en nyordning i almindelighed måtte opretholde visse helbreds- og aldersbetingelser for adgangen til nydende medlemskab, vil dette ikke få betydning for lønarbejdere, der er knyttet til arbejdsmarkedet, idet fortsættelsessygekassernes repræsentant i kommissionen har udtalt, at denne gruppe personer ikke bør udelukkes fra nydende medlemskab på grund af helbred eller alder.

Under de bestående sygelønsordninger udbetales dagpenge (sygeløn) uafhængigt af, om pågældende er nydende medlem af sygekasse eller ej; desuagtet har sygekasserne påtaget sig at udbetale dagpengene. Kan kasserne under de bestående ordninger, der kun omfatter en del af lønarbejderne, udbetale dagpenge, uanset om de pågældende lønarbejdere er nydende sygekassemedlemmer, er det en naturlig tanke, at de også måtte kunne gøre det under en ordning omfattende

alle lønarbejdere. Efter det for udvalget oplyste foregår dog kassernes 2.dministration vedrørende sygelønsordningerne ikke uden vanskeligheder. De ytrer sig navnlig med hensyn til lægekontrollen for så vidt angår de lønarbejdere, som ikke er nydende sygekassemedlemmer, og som derfor ikke har en læge, der på sædvanlig måde — gennem overenskomstforholdet mellem læger og kasser - er knyttet til kassen.

Efter udvalgets formening er det af allerstørste betydning, at personer, der er sikret dagpengehjælp, samtidig er sikret lægehjælp m. v., således at det ikke er noget økonomisk problem for dem at få passende sygebehandling evt. revalidering, med henblik på, at de snarest som raske kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er ikke ønskeligt, at der etableres en dagpengeordning, som afsvækker de dagpengesikredes interesse i at være nydende medlemmer af kassen. Udvalgets standpunkt er derfor, at en dagpengeordning - hvad enten det drejer sig om den foreslåede tvungne for lønarbejdere eller den frivillige for visse andre befolkningsgrupper — kun skal omfatte nydende medlemmer af sygekasse eller fortsættelsessygekasse. For den tvungne lønarbejder-ordning må dog herved forudsættes, at opnåelsen af nydende medlemsret i sygekasserne ikke er betinget af helbred eller alder, og at disse betingelser i fortsættelsessygekasserne falder bort i hvert fald for så vidt angår lønarbejdere knyttet til arbejdsmarkedet.

Det forudsættes, at denne adgang til at blive nydende medlem også vil gælde for dem, der efter de *hidtidige* helbreds-betingelser ikke har kunnet optages. Udvalget forudsætter i øvrigt, at arbejdsgiverne skal indbetale deres egne og arbejdernes bidrag til sygedagpengeordningen uden at undersøge, om vedkommende er nydende medlem af sygeforsikringen; men den arbejder, der ikke opfylder denne betingelse, vil ikke få nogen dagpenge. Dette vil formentlig bidrage til, at færre lønarbejdere end nu vil nøjes med at være bidragydende medlemmer.

V. PERSONER, DER HAR BESKÆFTIGELSE DELS SOM LØNARBEJDERE, DELS SOM SELVSTÆNDIGE

Det vil ikke sjældent kunne være tvivl undergivet, om en person i et erhverv er at anse for selvstændig, eller om han er lønarbejder. I så henseende vil det ofte være afgørende, om direktoratet for ulykkesforsikringen anser pågældende for omfattet af en arbejdsgivers forsikringspligt efter den lovpligtige ulykkesforsikring, eller om direktoratet for arbejdstilsynet anser, at han står i et tjenesteforhold i ferielovens forstand.

Det typiske tilfælde af »blandet« forhold er husmænd, der foruden at drive deres ejendom påtager sig arbejde for andre, navnlig som daglejere. Men det vil også kunne forekomme, at en mindre håndværksmester eller handlende af og til påtager sig lønarbejde. Om sådanne forhold bestemmes det i den norske Lov om Syketrygd, at undtaget fra den almindelige sygeforsikringspligt for lønarbejdere er den »som arbejder i annens tjeneste, men som har sin væsentlige indtækt uden om arbejdsforholdet«.

Udvalget har - selv om det drejer sig om en talmæssigt ikke betydningsfuld gruppe - overvejet dens problemer nøje ud fra det synspunkt, at når talen er om et system, principielt omfattende hele befolkningen, må denne gruppes berettigede interesser varetages. På grund af udvalgets ønske om at nå frem til det enklest mulige administrationssystem er man dog vejet tilbage fra at opstille specielle regler for denne gruppe. Man mener at være nået frem til en brugbar ordning, idet man - i modsætning til den nævnte norske regel - skyder spørgsmålet om, hvad der er pågældendes hovedbeskæftigelse, mere i baggrunden og gør udbetaling af dagpenge efter reglerne for lønarbejdere betinget af, om vedkommende på det konkrete syge-

meldingstidspunkt var beskæftiget som lønarbejder. Er en person, når han melder sig syg til forsikringen, beskæftiget ved lønarbejde under sådanne forhold, at han i øvrigt ville være berettiget til dagpenge efter de foreslåede regler for lønarbejdere, skal efter udvalgets forslag den omstændighed, at han til andre tider kun er beskæftiget i sit eget erhverv, ikke afskære ham fra at få dagpenge ganske som en egentlig lønarbejder. Hjælpen vil ganske vist forsikringsmæssigt kunne komme til at overstige, hvad der svarer til hans indbetalte bidrag (der efter forslaget skal svares pr. arbejdstime). Men dette opvejes til en vis grad af, at sygemeldes en sådan person, medens han er beskæftiget som selvstændig, får han ingen dagpenge efter reglerne for lønarbejdere, selv om han i et vist omfang har betalt lønarbejderbidrag til ordningen. Udvalget forudsætter, at personer i den her omhandlede gruppe skal have adgang til at tegne dagpenge efter reglerne i udvalgets forslag II, d.v.s. forslaget til ændring af folkeforsikringsloven for så vidt angår visse befolkningsgrupper, der ikke omfattes af forslaget om lønarbejdere (udvalgets forslag I). Har vedkommende tegnet sådan forsikring, vil han efter sygemelding som selvstændig have adgang til at oppebære den således sikrede dagpengehjælp. Eventuelt vil det kunne overvejes, om der af sygekasserne vil kunne kræves et noget reduceret kontingent for frivillig dagpengeforsikring for personer i disse »blandede forhold«.

Med hensyn til f. eks. parkeringsvagter, havemænd m. v. henvises til bemærkningerne foran under III³).

³) Se side 189.

VI. PRINCIPPERNE FOR EN DAGPENGEHJÆLP; HJÆLPENS STØRRELSE OG TIDSMÆSSIGE UDSTRÆKNING

A. PRINCIPPERNE FOR EN DAGPENGEHJÆLP

1. Lønarbejdere (forslag I)

Ved sine drøftelser af dette problem er udvalget gået ud fra det hovedsynspunkt, at dagpenge må have en sådan størrelse og tidsmæssig udstrækning, at de — bortset fra helt ekstraordinære forhold — er tilstrækkelige til, at pågældende kan klare dagen og vejen, når han bliver syg, og at han ikke tvinges til at søge hjælp fra det offentlige. I udvalget har der derfor i princippet været enighed om ikke at foreslå en dagpengehjælp, der er ringere, end hvad der kan opnås i øjeblikket; udvalget tænker herved på dagpenge efter sygelønsordningen — højst 14 kr., og dagpenge fra sygekasserne — højst 6 kr., tilsammen pr. uge højst 126 kr., jfr. foran under II. E.⁴⁾. Udvalget har lagt vægt på, at den foreslåede dagpengehjælp i hvert fald ikke må overskride arbejdsløshedsunderstøttelsen. Derved modvirkes formentlig eventuelle tendenser til, at en arbejdsløs lader sig friste til fingerede sygemeldinger. Udvalget har også taget dette forhold i betragtning ved at foreslå en bestemmelse om, at sygedagpengene for den arbejdsløse i det konkrete tilfælde ikke kan overstige vedkommendes daglige arbejdsløshedsunderstøttelse.

Forud for en drøftelse af dagpengebeløbernes størrelse har udvalget gennemgået de forskellige principper, hvorefter en dagpengeordning kan tænkes opbygget.

Erfaringerne fra den korte tid, hvori sygelønsordningerne har bestået, synes at vise, at de virker så tilfredsstillende, at det vil være rimeligt, at man i overvejelserne om opbygningen af en almen sygedagpengeordning for lønarbejdere søger at indrette den nye ordning med sygelønsordningerne som forbillede, eventuelt således, at sygelønsordning-

gerne indgår som en del af nyordningen.

Ud fra disse betragtninger har udvalget nøje overvejet en af et mindretal (Elmquist) udarbejdet skitse til en ordning, der går ud på følgende: Sygekasserne yder i sygdomstilfælde alle medlemmer eller i hvert fald visse hovedgrupper af medlemmer, specielt lønarbejdere, et beløb af 6 kr. pr. dag. Udgifterne hertil afholdes af statskassen og et beskedent medlemsbidrag.

Det pålægges herudover alle arbejdsgivere at sikre deres arbejdere et tillægsgdagpengebeløb efter retningslinier i hovedorganisationernes sygelønsordning.

Udvalgets flertal har over for denne skitse gjort følgende betragtninger gældende:

Hvorledes man end ville tænke sig et system, der for lønarbejdere kombinerer sygelønsordningerne og en anden ordning, måtte i hvert fald begge ordninger være obligatoriske. Ved at gøre ordningerne tvungne ville man kunne opnå, at de får en fra et samfundsmæssigt synspunkt set tilfredsstillende tilslutning. Det er imidlertid vanskeligt for flertallet at se, hvad der skulle opnås ved at oprette sådanne to sideløbende systemer. Det eneste, der efter flertallets mening kunne tale derfor skulle være, at man derved kunne opretholde det bestående grundlag for sygelønsordningerne; dette moment vejer dog efter flertallets mening ikke tungt nok, navnlig når man tager i betragtning, hvor omstændeligt et sådant dobbeltsystem ville blive i administrativ henseende.

Herefter har udvalgets overvejelser samlet sig om en ordning med kun ét system af dagpenge-satser for lønarbejdere.

2. Andre befolkningsgrupper (forslag II)

For disse foreslås således som omtalt i afsnit III en frivillig dagpengeforsikring gennem syge- og fortsættelsessygekasserne; man

⁴⁾ Se side 186.

tænker sig en forbedring af det bestående dagpengesystem i disse kasser med henblik på sådanne medlemmer.

B. DAGPENGEHJÆLPENS STØRRELSE

1. Lønarbejdere (forslag I)

Den ifølge sygelønsordningerne udbetalte dagpengehjælp, 14 kr. for voksne *mænd* og 9 kr. for voksne *kvinder*, er fastsat på grundlag af forsikringsmæssige beregninger. Bidragene er ens for mænd og kvinder, og forskellen i deres dagpengehjælps størrelse skyldes, at kvinder har så mange flere sygedage end mænd; i 1957 havde de kvindelige lønarbejdere således forholdsvis nøjagtigt dobbelt så mange sygedage som de mandlige, 7,6 pr. beskæftiget mod 3,8.

Et mindretal (Elmquist) har ønsket, at udvalgets betænkning omtaler den mulighed, at en ny dagpengeordning kommer til at hvile på et lignende forsikringsmæssigt princip, og således at de kvindelige lønarbejders forholdsvis større sygelighed må bevirke, at de for samme medlemsbidrag som de mandlige opnår en lavere dagpengehjælp end disse.

Udvalgets flertal har derimod hævdet den opfattelse, at en ny dagpengeordning af mere alment omfang end sygelønsordningerne ikke bør hvile på et alene forsikringsmæssigt bestemt grundlag. I sygekasserne ydes dagpengehjælp og opkræves præmie uden hensyn til, om det drejer sig om mandlige eller kvindelige lønarbejdere. Udvalgets flertal har været overvejende betænkeligt ved at fremsætte forslag, der forlader dette princip, der er udtryk for en udligning af risikoen på samtlige kassens medlemmer uden hensyn til køn og alder. Mindretallet (Elmquist) har - uden at ville fastholde ønsket om en på rent forsikringsmæssigt grundlag hvilende ordning - ønsket at give udtryk for betænkelighed ved, at der fastsættes samme dagpengehjælp for kvinder som for mænd, og har navnlig begrundet sit synspunkt med følgende:

Efter udvalgets forslag (der på dette punkt er i overensstemmelse med, hvad der gælder såvel efter folkeforsikringsloven som efter sygelønsordningerne) må udbetalt dagpengehjælp ikke overstige $\frac{4}{5}$ af vedkommendes normale indtægt. Fastsætter man de kvindelige arbejders dagpenge til samme beløb som de mandliges, og er dagpengebeløbet beregnet i et vist forhold til mændenes løn, så vil kvinderne - fordi deres løn sædvanligvis er lavere end mændenes - oftere end deres mandlige arbejdsfæller komme ud for, at de - som følge af $\frac{4}{5}$ -reglen - ikke kan få dagpengehjælp udbetalt efter den fulde sats; satsen vil derfor i for høj grad kunne komme til at virke som en »skueret«.

Mindretallet har herved henledt opmærksomheden på, at skønt der i sygelønsordningerne kun ydes kvinderne en dagpengehjælp af 9 kr. pr. dag (d. v. s. væsentlig mindre end de beløb, udvalgets forslag omhandler), viser det sig, at der i gennemsnitlig dagpengehjælp til kvinder kun er udbetalt ca. 8,80 kr. pr. dag, og dette kan betyde, at et ikke helt ringe antal sygemeldte kvinder har så lav lønindtægt, at de på grund af $\frac{4}{5}$ -reglen får beskåret deres dagpengesats.

Det gælder navnlig sådanne grupper kvinder, der arbejder på timeløn, deltidsarbejdende kvinder samt hjemmearbejdere. Det er efter mindretallets opfattelse meget uheldigt, hvis hele grupper af kvindelige arbejdere vil få beskåret deres dagpenge, og den relativt lille forskel, der for disse grupper bliver mellem fuld arbejdsindtægt og det beløb, som de kan oppebære under sygdom, vil utvivlsomt i en række tilfælde føre til vanskeligheder med at få de pågældende raskmeldt.

Mindretallet har udarbejdet et skitseforslag, hvis regler skulle forebygge en sådan mulighed. Tankegangen i dette forslag er følgende:

Hensigten med at yde dagpenge i sygdomstilfælde er først og fremmest at give erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Det mest logiske er derfor, at dagpengesatserne varieres i forhold til indtægtens størrelse. En

sådan ordning har man i Sverige, hvor man arbejder med hele 13 sats. Mindretallet er imidlertid enig med flertallet i, at en så detaljeret gruppering som den svenske nødvendiggør et langt større administrationsapparat, end der under nogen omstændighed tør regnes med i Danmark. Efter mindretallets opfattelse vil det være tilstrækkeligt med 3 sats, således at den højeste sats skulle kunne opnås med en indtægt svarende til en fuldt beskæftiget mandlig arbejders gennemsnitlige løn; sats nr. 2 skulle svare til den gennemsnitlige indtægt for en kvindelig ufaglært arbejder, og den laveste sats til indtægten for deltidsarbejdere, hjemmearbejdere og lignende kategorier.

Der vil efter et sådant system være en god begrundelse for at lade bidragene til ordningen være ens for alle tre grupper. Forskellen i dagpenge mellem sats 2 og højeste sats er begrundet i, at de personer, som vil oppebære dagpenge efter sats 2, har en højere sygelighed end de personer, som opnår højeste sats. Da bidraget tænkes fastsat til et bestemt beløb pr. arbejdstime, vil de deltidsarbejdende betale så lidt til ordningen, at denne omstændighed alene begrunder en lavere sats for denne gruppe.

Over for flertallets forslag om én sats for forsørgere og en lavere sats for ikke-forsørgere, finder mindretallet anledning til at påpege, at den sats, som mindretallet tænker udbetalt til de mandlige arbejdere og de kvindelige arbejdere med mandsindtægt, svarer til den sats, som flertallet ønsker udbetalt til forsørgere.

Den gruppe, som efter mindretallets forslag ikke vil opnå forsørgersatsen, bliver her efter alene kvindelige forsørgere, som ikke tjener mandsløn, og som med den foreslåede sats i de fleste tilfælde på grund af $4/s$ -reglen ikke vil kunne opnå forsørgersatsen.

Udvalgets flertal er enig med mindretallet i, at det vil være uheldigt, om man opstiller et system, der ofte måtte operere med en faktisk lavere dagpengehjælp end den i systemet udtrykte, men det er flertallets opfattelse, at selv efter mindretallets forslag vil det kunne forekomme, at den stipulerede dagpengesats

ikke vil kunne udbetales, fordi den sygemeldte - hvad enten denne er mand eller kvinde - har en faktisk lønindtægt, der er lavere end forudsat ved satsens fastsættelse. Dette forhold har dog ikke været afgørende for flertallets standpunkt til mindretallets forslag. Når flertallet ikke har kunnet slutte sig til dette, er det, fordi flertallet - i modsætning til mindretallet - har ønsket, at der i systemet skal kunne tages sociale hensyn. Navnlig har flertallet ment at måtte overveje, om *forsørgere* - hvad enten disse er kvinder eller mænd - under en eller anden form bør have en større dagpengehjælp end *ikke-forsørgere*, på samme måde som tilfældet er for arbejdsløshedsunderstøttelsens ydelser og for folke- og invalidepensioner.

Der kan herimod indvendes, at når arbejdslønnen er ens for forsørgere og ikke-forsørgere, er der ingen grund til at gøre forskel ved fastsættelsen af sygedagpengene, idet disse tjener som erstatning for det af sygdommen forårsagede indtægtstab. Såfremt dagpengene erstattede indtægtstabet i fuldt omfang, ville denne betragtning efter udvalgets mening uden videre være rigtig: De personer, der får løn udbetalt under sygdom, kan naturligvis ikke, fordi de er forsørgere, få større løn under sygdommen end den normale. Men i samme grad som indtægten under sygdom i form af dagpenge er lavere end den normale indtægt, i samme grad må man i et sikringsystem med socialt islæt, bl. a. som det der her er tale om, ledes ind på overvejelser af, om det ikke er nødvendigt at differentiere hjælpen ud fra sociale hensyn: navnlig forsørgerhensyn.

Da hovedsynspunktet for størrelsen af den dagpengehjælp, man agter at foreslå - som foran nævnt — er, at den skal være stor nok til, at den syge ved dens hjælp normalt vil være i stand til at klare dagliglivets mest påtrængende fornødenheder uden at måtte søge forsorgsmæssig hjælp fra kommunen, og det må stå fast, at der i så henseende påhviler en forsørger større byrde end den, der kun har sig selv at sørge for, må man efter flertallets opfattelse komme til et system, der på

en eller anden måde gør forskel på forsørgere og ikke-forsørgere.

Udvalget har herefter overvejet, om man burde foreslå en for de to grupper fælles grundsats, for forsørgeres vedkommende forøget med tillæg for hustru og børn; eller om et system med én sats for forsørgere og én lavere for ikke-forsørgere vil være at foretrække. Til fordel for et system med forsørgertillæg taler, at dette er det for forsørgerproblemet mest konsekvente, idet det tillader en tilpasning efter de konkrete forsørgerbyrder. Således er forholdet ordnet i lovgivningen om arbejdsløshedsunderstøttelse. Et system med en særlig forsørgersats vil *give* lige meget til den, der kun har ægtefællen at forsørge, som til den, der desuden har flere børn. Når udvalget dog har foretrukket sidstnævnte form, er det fordi, det er administrativt vanskeligere at arbejde med tillægssatser, navnlig når disse skal indpasses efter, at ⁴/s-grænsen ikke overskrides.

Ved sit forslag til *størrelsen af en sådan dagpengesats for forsørgere* har udvalget taget sit udgangspunkt i den hjælp, der i øjeblikket ydes en mandlig lønarbejder, der er omfattet af en af sygelønsordningerne, og som derhos har sikret sig sygekassens højeste dagpengehjælp, 6 kr., jfr. at udvalgets udgangspunkt, som foran nævnt⁵⁾, er, at det foreslåede ikke må være ringere end det eksisterende. Pågældende vil fra sygelønsordningen kunne oppebære 14 kr. pr. dag i 6 dage om ugen og fra sygekassen 6 kr. i 7 dage om ugen eller i alt 126 kr. om ugen. Idet udvalget anser det for rettest, at der i et fremtidigt system kun ydes hjælp for 6 dage om ugen, bliver den daglige hjælp, hvis man regner med det anførte ugebæleb, 21 kr. Dette beløb vil således være det højeste beløb, som en mandlig arbejder, hvad enten han er forsørger eller ej, for tiden kan oppebære pr. dag, når ugen regnes til 6 dage. Beløbet svarer i øvrigt omtrent til, hvad en forsørger med to børn kan oppebære i daglig arbejdsløshedsunderstøttelse, når huslejhjælpens og

brændselshjælpens maksimumsbeløb omregnes til et beløb pr. dag.

Udvalget anser det i øvrigt for ønskeligt, at sygedagpengene altid ligger på et niveau nogenlunde svarende til arbejdsløshedsunderstøttelsen.

For at nå frem til en tilsvarende *sats for ikke-forsørgere* har udvalget taget sit udgangspunkt i arbejdsløshedsunderstøttelsens forsørgertillæg og, idet man regner med et gennemsnit af 2 forsørgede børn, fundet, at beløbet for forsørgere skal reduceres med ca. 4,50 kr., når dagpengene skal gælde en ikke-forsørger. Man har for at nå et rundt beløb foreslået 16 kr. som dagpenge for en ikke-forsørger.

Ifølge lov nr. 96 af 25. marts 1959 om ændring i lov om forsikring mod følge af ulykkestilfælde vil maksimum for denne lovs dagpengehjælp fra 1. april 1959 og indtil videre være 22,22 kr.; da hjælpen udbetales for alle ugens syv dage, vil den ugentlige dagpengehjælp som maksimum beløbe sig til 155,54 kr. Udvalget ville anse det for principielt rigtigst, at størrelsen af dagpenge var ens i de to systemer. Der er ingen reel grund til, at den, der bliver arbejdsudygtig som følge af et ulykkestilfælde under forhold, der omfattes af ulykkesforsikringsloven, skal have højere dagpenge end den, der bliver arbejdsudygtig som følge af en anden art ulykkestilfælde eller som følge af sygdom. Imidlertid har udvalget ment at måtte holde sig til beløb, der svarer til, hvad der i dag maksimalt kan oppebæres i sygedagpenge fra sygekasse og sygelønsordningerne tilsammen, jfr. ovenfor, beløb der nogenlunde svarer til arbejdsløshedsunderstøttelsens maksimumsbeløb.

Man ønsker i øvrigt at fremhæve *betydningen af en koordinering af de nævnte tre sociale forsikringsordningers dagpengebæleb*.

2. Andre befolkningsgrupper (forslag II)

Udvalget foreslår for disse principielt samme maksimumsbeløb som for lønarbejdere, dog med lavere maksimum for husmødre uden erhverv, nemlig 8 kr.

⁵⁾ Se side 192.

C. DAGPENGEHJÆLPENS TIDSMÆSSIGE UDSTRÆKNING

1. Lønarbejdere (forslag I)

Ifølge folkeforsikringslovens § 21 skal retten til pengehjælp i sygekassen omfatte et tidsrum af 26 uger (V2 år) i løbet af 12 på hinanden følgende måneder. Bestemmelsen er i mange sygekassers vedtægt, og det gælder navnlig på landet, udformet således, at der efter ydelsen af de første 13 ugers hjælp skal gå andre 13 uger, før kassen atter kan yde pengehjælp. I mellemrummene mellem dagpengeperioderne kan medlemmet i trangstiltfælde oppebære fortsat sygekassehjælp i medfør af lov om offentlig forsorg § 241.

Den maksimale hjælp fra kassen er fastsat til 60 uger i løbet af 3 successive kalenderår. Denne begrænsning gælder, hvadenten hjælpen har bestået alene i dagpenge eller i dagpenge i forbindelse med anden hjælp eller endelig alene i sådan anden hjælp.

Ifølge sygelønsordningerne kan dagpengehjælp ydes i højst 13 uger inden for 12 på hinanden følgende måneder, og der kan *for samme sygdomstiltfælde* ligeledes ikke ydes dagpenge i mere end 13 uger.

Disse begrænsninger skyldes til dels finansielle hensyn; men de hviler dog også på den betragtning, at 13 uger (78 arbejdsdage) er et rimeligt tidsrum i en sygelønsordning, der udelukkende finansieres af arbejdsmarkedets parter. Trangen til hjælp under sygdom, **der** varer mere end 13 uger, skønnes at være et socialt problem.

Udvalget har overvejet spørgsmålet om dagpengehjælpens varighed ud fra hensynet dels til de langvarigt syge selv, dels til det samfundsmæssigt ønskelige. For at bibeholde en varighedsperiode som i sygelønsordningerne, 13 uger a 6 dage, taler, at de hidtidige erfaringer («Social Sikring» og en undersøgelse vedrørende københavnske sygekassemedlemmer, der i øvrigt på dette punkt stemmer meget godt med andre foreliggende, men mindre omfattende undersøgelser) går ud på, at kun et meget ringe antal af de sygemeldte — anslået til ca. 7,5 pct. — er syge ud

over den stipulerede periode. Imidlertid falder et forholdsvis betydeligt antal sygedage på disse langvarigt sygemeldte, nemlig anslået ca. 25 pct. Det må herved erindres, at der i sygelønsordningerne ikke ydes hjælp for sygdommens første 6 dage; dette betyder, at henvend halvdelen af de faktisk sygedage er holdt uden for beregningen af de nævnte forholdstal. I betragtning af den forholdsvis store andel af sygedagene, der falder på personer, der er syge ud over 13 uger, anser udvalget det ikke fuldt forsvarligt at foreslå, at den tidsmæssige begrænsning skulle være den samme som i sygelønsordningerne. **For** den langvarigt syge er byrden særlig tung. På den anden side har udvalget været betænkeligt ved en væsentlig udvidelse af perioden. Af hensyn til den syge bør sygeperioden efter udvalgets formening ikke være så lang, at den rummer fare for, at han så at sige indretter sig på at leve af dagpengehjælpen og i hvert fald ikke sætter tilstrækkeligt ind på at blive rask og hurtigst muligt igen at komme i arbejde. Den syges og samfundets interesser falder her sammen, og der må derfor fra samfundets side tilstræbes en ordning, der underbygger mulighederne for revalidering og understøtter den syges egne bestræbelser derfor. Det forudsættes i udvalgets forslag, at kasserne ikke passivt skal afvente, at medlemmet opbruger sin hjælp, men at de tværtimod på et så tidligt tidspunkt som muligt skal gribe ind og aktivt søge skridt gennemført til, at pågældende kan generhverve sin arbejdsevne eller blive oprættet på et nyt felt. Såfremt sådanne forsøg mislykkes, bør kasserne yde deres bistand **til**, at de langvarigt syge kan opnå andre hjælpeformer. I øvrigt er det udvalget bekendt, at overvejelser om revalidering foregår i socialministeriet.

Resultatet af udvalgets afvej eiser af hensynet på den ene side til den syge, på den anden side til samfundet er blevet et forslag om en hjælpeperiode på 20 uger (120 dage). En sådan udvidelse af hjælpens varighed i forhold til sygelønsordningerne (78 dage) skønnes at forøge antallet af sygedage med dagpenge med 10-11 pct. Det står udvalget

klart, at forslaget vil have til følge, at nogle af de syge — men dog næppe mere, end hvad der svarer til 2-3 pct. af de i løbet af 1 år ialt sygemeldte — afskæres fra dagpengehjælp, inden de er blevet raske. Denne situation vil imidlertid indtræffe for et vist antal, praktisk taget hvor langt man end udstrækker understøttelsestiden, selv om antallet naturligvis formindskes i takt med understøttelsestidens forlængelse. Udvalget ser derfor ikke noget afgørende betænkeligt i, at de langvarigt syge på det foreslåede tidspunkt henvises til andre hjælpeformer, invalidepension, forskud derpå, og hjælp fra kommunerne. (I sidstnævnte henseende forudsætter udvalget, at reglerne om fortsat sygekassehjælp i lov om offentlig forsorg §§ 241-246 vil blive ophævet).

2. Andre befolkningsgrupper (forslag II)

For disse foreslås en hjælp af samme tidsmæssige udstrækning som for lønarbejdere foran under 1.

D. BARSELDAGPENGE

1. Gældende regler

De gældende regler om dagpenge i anledning af fødsel findes i folkeforsikringslovens § 19 (jfr. lov om offentlig forsorg § 238). De går i korthed ud på:

a) Alle kvindelige sygekassemedlemmer har i de første 14 dage efter fødsel ret til dagpenge med det beløb, de har sikret sig som sygedagpenge; hjælpen ydes såvel af sygekasse som af fortsættelsesygekasse. De allerfleste kvindelige medlemmer har imidlertid enten slet ikke sikret sig dagpenge (25 pct.) eller kun 0,40-1,00 kr. (70 pct.).

b) Kvindelige sygekassemedlemmer, der er beskæftiget ved arbejde, for hvilket der ifølge lov om almindelig arbejderbeskyttelse

af 11. juni 1954 § 37, er foreskrevet barselhvile i indtil 4 uger efter fødslen (d. v. s. kvinder beskæftiget fortrinsvis i håndværk og industri, jfr. nævnte lovs § 1, stk. 1), har ret til dagpenge i 3.-4. uge og eventuelt 5.-6. uge efter fødslen og på visse betingelser i indtil 8 uger før fødslen. Hjælpen beløber sig for tiden pr. dag til 7,75 kr. i hovedstaden, 7,40 kr. i købstæderne m. v., og 6,75 kr. i det øvrige land.

2. Udvalgets forslag

Udvalget er enig om, at den bestående ordning er for kompliceret, at de vilkår, hvorefter hjælpen kan ydes, er for tilfældige, samt at hjælpens beløb er for ringe, idet de langtfra svarer til det indtægtstab, som det oprindeligt var hensigten, de skulle ækvivalere. Udvalget har til afløsning af de gældende regler foreslået, at der i en vis tid før og efter fødslen skal kunne ydes en dagpengehjælp svarende til det beløb, den fødende efter udvalgets forslag om sygedagpenge ville have været berettiget til, såfremt hun havde været syg. Dette ville betyde, at alle fødende lønarbejdere normalt skulle kunne oppebære 16 kr., eventuelt 21 kr. pr. dag, i indtil 14 uger. Andre fødende kvinder skulle efter udvalgets forslag — ligesom nu — i 14 dage efter fødslen kunne oppebære den dagpengehjælp, de i sygdomstilfælde måtte have sikret sig efter forslag II.

Der henvises i forbindelse med disse forslag til den som bilag 2 i nedenstående afsnit XI.⁶⁾ aftrykte udtalelse om barselhvile, som udvalget har modtaget fra professor E. Brandstrup. Tillige henvises til de som bilag 3 og 4 til kommissionens betænkning aftrykte henvendelser til kommissionen fra Danske Kvinders Nationalråd og Dansk Kvindesamfund^{6a)}.

VII. KONTROLSYSTEMET

Det er uden videre klart, at man i et dagpengesystem med satser som de foreslåede må forudse, at der vil være nogle, som vil søge at udnytte det til opnåelse af uberet-

tigede fordele. Systemet må derfor indeholde regler, der så vidt muligt forhindrer, at misbrug finder sted.

⁶⁾ Se side 226.

^{6a)} Se side 242 og 243.

Mulighederne for, at et sygedagpenge-system søges uberettiget udnyttet, kan grupperes på følgende måde:

A. URIGTIGE OPLYSNINGER ELLER FORTIELSE OM INDTÆGTS- ELLER BESKÆFTIGELSESFORHOLD

Idet forslaget ikke opererer med et system, hvor dagpengenes størrelse i det enkelte tilfælde afhænger af pågældendes indtægt, indskrænkes forsøg på at ville opnå for stor dagpengehjælp til det forholdsvis snævre område, hvor pågældendes normale indtægt er så lav, at pågældende ikke er berettiget til ordningens fulde dagpengehjælp. Til forebyggelse af, at pågældende lønarbejder i sådanne tilfælde over for forsikringen opgiver for stor indtægt, mener udvalget, at der bør følges samme system som i sygelønsordningerne, således at pågældende ved sygemelding skal give oplysning om sin seneste ugeindtægt, og dette bekræftes gennem arbejdsgiverens erklæring på sygemeldingsblanketten. Det må ubetinget være gældende, at svigagtige erklæringer på dette punkt fra et medlem, hvad enten han er lønarbejder eller beskæftiget på anden måde, må medføre meget alvorlige konsekvenser for medlemmet, og at han i hvert fald skal fortabe retten til dagpenge i det konkrete tilfælde.

Hvis et medlem søger at opnå dagpenge som lønarbejder og i strid med sandheden og med urigtig attestation fra den foregivne arbejdsgiver hævder at være beskæftiget i en andens tjeneste, må også dette betragtes som et forhold, der vil kunne få alvorlige følger for medlemmet.

Misbrug af hovedorganisationernes sygelønsordning medfører ikke blot tilbagebetaling af beløb, som er oppebåret med urette, men tillige karantæne i indtil 2 år fra det tidspunkt at regne, hvor det med urette oppebårne beløb er endeligt tilbagebetalt. I tilfælde, hvor der er afgivet falsk erklæring, eller der i øvrigt foreligger strafbart forhold, indgives der politianmeldelse, og domstolspraksis er her den, at der ved førstegangsforsøelser gives en betinget dom på 60—90

dage, og at straffen i tilfælde, hvor pågældende tidligere har været i konflikt med straffeloven, er af samme størrelsesorden, men ubetinget.

Da ordningen i høj grad bygger på tillid, vil det være nødvendigt, at lignende regler praktiseres i forslaget til en generel dagpengeordning.

B. URIGTIGE OPLYSNINGER OM ARBEJDSUDYGTIGHED

Udvalget finder, at den vigtigste kontrolforanstaltning til forebyggelse af misbrug ligger i indførelsen af en karenstid på 6 dage svarende til den regel, der findes i sygelønsordningerne. Det er udvalgets opfattelse, at forsøg på med urette at opnå dagpenge gennem en sådan bestemmelse bremses effektivt i de fleste tilfælde, da pågældende med en karenstid på 6 dage først vil få udbetalt dagpenge fra sygekassen 2 uger efter sygdommens indtræden. Vanskelighederne ved at fastslå, om et virkeligt sygdomsgrundlag foreligger eller har foreligget, gør sig navnlig gældende i tilfælde, hvor vedkommende raskmelder sig efter kun få dages forløb.

En kortere karenstid ville iøvrigt have overordentlige økonomiske konsekvenser for en sygelønsordning som den nu foreslåede.

Det er udvalgets tanke, at bestræbelserne for at forhindre misbrug på dette område navnlig må ytre sig i, at misbrug rammes strengt og eventuelt må medføre politianmeldelse, således som det er tilfældet ifølge sygelønsordningerne. Man har dog ikke anset det for nødvendigt at foreslå hertil sigtende bestemmelser i forslagene, idet man går ud fra, at straffelovgivningens bestemmelser er fyldestgørende.

Udvalget mener, at hensynet til en begrænsning af de tilfælde, hvor det offentlige forlanger bevisligheder i form af lægeerklæringer, er så tungtvejende, at man i det foreslåede system ser bort fra lægeerklæring for kortvarige sygdomstilfælde og tidligst kræver sygdommen bekræftet ved lægeerklæring, når der er forløbet 14 dage fra sygdommens

indtræden. Dette bør også gælde for de af forslag II omhandlede selvstændige erhvervsdrivende m. fl. På et område foreslås det dog, at lægeerklæring skal præsteres straks ved sygemelding, nemlig når det drejer sig om en person, der på dette tidspunkt er arbejdsløs. Dette anser udvalget for et nødvendigt krav, når det tages i betragtning, at en arbejdsløs, der er ved at opbruge sin hjælp fra arbejdsløshedskassen, kan være stærkt fristet til at melde sig syg, hvorved han ville overgå fra arbejdsløshedsunderstøttelse til sygedagpenge. Udvalget anser det for rimeligere at forebygge muligheden for sådant misbrug ved at opstille forslag om obligatorisk lægeerklæring frem for at foreslå, at dagpengene for arbejdsløse, der melder sig syge, skulle ned sættes, så de udgjorde mindre end arbejdsløshedsunderstøttelsen.

C. UNDLADELSE AF RASKMELDING

Udvalget anser det for noget meget væsentligt i det foreslåede system, at der fra kassernes side føres en omhyggelig kontrol med, at de sygemeldte ikke oppebærer dagpenge længere, end de af sygdomsårsager er berettigede til. Ved det af et medlem af udvalget og dets sekretær aflagte besøg i Riksförsäkringsanstalten i Stockholm for at blive orienteret om kontrolsystemet i den svenske ordning oplystes det, at man i Sverige lægger den største vægt på, at de sygemeldte holdes under nøje observation af kasserne. Ved denne observation benytter man sig efterhånden mindre af udsendte kontrollører (anvendelsen af sådanne er i øvrigt i aftagende i de danske sygekasser), og i stedet har kasserne pligt til ved stadig gennemgang af kontrolkartoteket over sygemeldte at drage omsorg for, at de langvarige sygdomstilfælde underkastes en nærmere vurdering. Ved en sådan er kassernes tillidslæge et vigtigt led. Det bli-

ver ikke alene undersøgt, om vedkommende i virkeligheden skulle være rask; man foretager også vurdering af, om vedkommende bør underkastes særlig sygebehandling med generhvervelse af sundheden for øje, eller om han bør underkastes revalideringsforanstaltninger med henblik på generhvervelse af arbejdsevnen. Det oplystes, at man ved disse metoder har kunnet opnå at tilbageføre over V3 af langvarigt syge til arbejdsmarkedet. Det således påbegyndte revalideringsarbejde tænkes nu nærmere udbygget.

Udvalget har ikke udformet nærmere bestemmelser om kassernes kontrol med de langvarigt syge, idet man går ud fra, at sådanne regler fastsættes administrativt, således som det hidtil er sket. Man har ikke ment at burde fremsætte forslag om et tillidslægeorgan som det svenske. Man går ud fra, at spørgsmålet tages op til overvejelse i sygekasserne og fortsættelsesygekasserne. Man har, for så vidt angår sygebehandling eller optræning med revalidering for øje, nøjedes med en almindelig holdt bestemmelse dels om kassernes pligt til at være opmærksomme herpå, dels om medlemmets pligt til at underkaste sig sådan behandling eller optræning. Når udvalget ikke er kommet nærmere ind på revalideringsproblemet, er det, fordi det er udvalget bekendt, at overvejelser herom foregår i socialministeriet.

D. SELVFORVOLDT SYGDOM

Selv om selvforvoldt sygdom kun yderst sjældent forekommer, mener udvalget, at det må erkendes, at det ville være uheldigt, om der, hvis sådanne tilfælde virkelig skulle indtræde, savnedes hjemmel til at forhindre vedkommende i at nyde frugterne af sin handling. De foreslåede regler svarer i øvrigt til dem, der gælder i sygekasserne og i sygelønsordningerne.

VIII. FINANSIERING

A. FORSLAG I

For så vidt angår forslag I, anser udvalget det for naturligt, at man i overvejelserne om

finansieringen af *sygedagpenge* efter dette forslag tager sit udgangspunkt i sygelønsordningerne, således at såvel arbejdsgiverne som

arbejderne yder bidrag til ordningen. Man foreslår, at bidraget fra arbejdsgiverne fastsættes til samme beløb som i sygelønsordningerne, nemlig 2 øre pr. arbejdstime, medens bidraget fra arbejderne forhøjes fra 1 øre til IV2 øre pr. time. For arbejdernes vedkommende vil forslagets gennemførelse betyde en række forbedringer i forhold til sygelønsordningerne, jfr. følgende:

Hjælpens varighed udstrækkes fra 78 til 120 dage; der ydes også dagpenge til arbejdere, der bliver syge i en arbejdsløshedsperiode, og hjælpen forhøjes væsentligt. Under hensyn hertil samt til, at den nugældende dagpengeforsikring i sygekasserne bliver overflødiggjort, anser udvalget den foreslåede forhøjelse af arbejdernes bidrag for passende. For en fuldt beskæftiget arbejder vil denne forhøjelse kun betyde et beløb af ca. 10-11 kr. årlig eller knap 1 kr. om måneden.

Udvalget har forudsat, at arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag skulle dække ca. $\frac{2}{3}$ af udgifterne til dagpenge og administration. Den resterende del af udgifterne, mener udvalget, bør bæres af staten. Under hensyn til, at kommunerne vil spare betydelige beløb til hjælp til personer, der er kommet i trang på grund af sygdom, skal man pege på, at det bør overvejes, om kommunerne bør bære en del af udgifterne til sygedagpenge.

Finansieringen af udgifterne til *barselhjælp* efter forslag I har udvalget ment måtte holdes uden for finansieringen af sygedagpenge, idet barseldagpenge indtager en særstilling i sammenligning med sygedagpenge. Kommunerne dækker efter folkeforsikringsloven udgifterne til de særlige dagpenge efter lovens § 19 til fabrikarbejdere eller lignende; denne udgift beløb sig i 1956 til ca. 1,3 mill. kr. Man anser det for rimeligt at foreslå, at pågældende kommune skal bære i hvert fald halvdelen af udgifterne til barselhjælp efter forslag I. Den anden halvdel foreslår man, at statskassen skal bære.

B. FORSLAG II

Angående dagpengehjælp i sygdoms- og barseltilfælde efter forslag II til medlemmer

af sygekasser forudsætter udvalget, at finansieringen principielt foregår efter samme regler som nu, d.v.s. at udgifterne dækkes ved medlemmernes bidrag og ved tilskud fra staten. Udvalget forudsætter dog, at statstilskudet, der nu udgør 25 % af udgifterne, ændres til 33V3 %, således at staten dækker samme andel af dagpengene efter forslag II som efter forslag I.

Udvalget har ikke taget stilling til spørgsmålet om statstilskud til dagpengehjælp fra fortsættelsessygekasserne, men man vil ikke anse det for urimeligt, om der blev ydet statstilskud hertil, idet de af forslag I omfattede lønarbejdere får dagpenge uden hensyn til indtægtsgrænsen.

C. UDGIFTSBEREGNING

Ved beregning af de udgifter, som forslagernes gennemførelse vil betyde, er udvalget gået ud fra den sygelighed, som erfaringerne fra hovedorganisationernes sygelønsordning udviser. Man har derhos i mangel af talmæssigt materiale forudsat, at de arbejdsløse har samme sygelighed som de beskæftigede. Forslagets gennemførelse vil dog muligvis medføre en vis relativ forøgelse af sygedagenes antal. Endelig har man merit at kunne fastsætte den forøgelse af sygedagenes antal, som vil være resultatet af forlængelse af understøttelsesperioden fra 78 til 120 dage, til 11 %. Angående beregningerne af udgifterne ved *forslag I* henvises til afsnit XI.A.⁷⁾. Heraf fremgår, at man anslår udgifterne til sygedagpenge til ca. 78,7 mill. kr. og udgifterne til sygekassernes administration til ca. 4,4 mill. kr., tilsammen 83,1 mill. kr. Der er herved regnet med, at sygekasserne skal oppebære 8 % af de opkrævede bidrag som administrationsgodtgørelse. Hertil må lægges et mindre beløb for den del af administrationen, der vil påhvile fortsættelsessygekasserne.

Angående beregning af udgifterne til *barseldagpenge* henvises ligeledes til bilaget^{7a)}, hvoraf fremgår, at udgifterne skønsvist anslås

⁷⁾ Se side 225.

^{7a)} Se side 226.

til 6 mill. kr. Som nævnt foreslås dette beløb dækket af staten og pågældende kommune med halvdelen hver.

Angående udgifterne til sygedagpenge ifølge *forslag II* kan ingen egentlig beregning foretages; der kan alene opstilles visse, på bestemte forudsætninger hvilende skøn.

Forudsætter man 1) den samme forholdsvis tilslutning til en sådan frivillig dagpengeforsikring som den tilsvarende svenske, 2) 14 dages ventetid, men i øvrigt samme sygelighed som for lønarbejdere, 3) at husmødre tegner sig for 5 kr. og andre forsikrede for 15 kr. i dagpenge, skulle den årlige udgift blive ca. *3,3 mill. kr.*

For medlemmer, der har sikret sig 15 kr., kan det månedlige medlemsbidrag, når man

regner med, at staten dækker V3 af udgifterne til dagpenge, anslås til ca. 3 kr.

Om udgifterne til barseldagpenge efter forslag II kan ligeledes kun et løst skøn opstilles. Antager man, at der årlig finder 2.000 fødsler sted blandt de dagpengeforsikrede husmødre, bliver den årlige udgift til barseldagpenge i 14 dage pr. tilfælde, når beløbet sættes til 5 kr. pr. dag, ca. *140.000 kr.*

D. BUDGETOPSTILLING

Idet bemærkes, at de talmæssige opgørelser gives med alt muligt forbehold, idet der i beregningerne indgår en række ukendte faktorer, kan følgende *samlede beregning af udgifterne* opstilles (afrundede tal) :

Forslag I.

Sygedagpenge til lønarbejdere	c.	80,00 mill. kr.
Barseldagpenge til fødende lønarbejdere	c.	6,00 » »
	c.	86,00 mill. kr.
Administration	c.	4,40 » »
	Ialt c.	90,40 mill. kr.

Forslag II.

Sygedagpenge	c.	3,50 » »
Barseldagpenge	c.	0,14 » »
Forslag I og forslag II tilsammen	c.	94,04 mill. kr.

Udgifterne ved de forsikringsordninger, som forslagene tilsigter at afløse, var:

Sygedagpenge i sygekasser og fortsættelsesygekasser i 1956	c.	10,5 mill. kr.
Barseldagpenge i henhold til folkeforsikringsloven i 1956	c.	1,6 » »
Sygelønsordningerne i 1957	c.	16,7 » »
	c.	28,8 mill. kr.

Merudgiften kan således, når der bortses fra udgiften til administration, anslås til omkring 61 mill. kr.

Hele dette beløb kan dog ikke betragtes som en reel merudgift. De syge, der under de bestående forhold kun modtager dagpengehjælp fra deres sygekasse, og naturligvis først og fremmest de syge, der slet ingen dagpenge får, må — hvis de ikke kan bruge egne midler - ty andre steder hen om hjælp, og det vil formentlig sige til socialkontoret. Der foreligger, som foran berørt, endnu intet materiale til vurdering af, hvad den kontante hjælp beløber sig til, som kommunerne må

yde i trangtilfælde, der helt eller delvis er begrundet i sygdom.

Den samlede finansiering ifølge forslag I skulle herefter kunne tilles således af sygedagpenge:

Udgift:

Sygedagpenge	c.	80,0 mill. kr.
Administration	c.	4,4 » »
		84,4 mill. kr.

Indtægt:

Arbejder- og arbejdsgiverbidrag	c.	55,2 mill. kr.
Statstilskud	c.	29,2 » »
		84,4 mill. kr.

Beregningen viser, at arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag vil dække 65,4 % af udgifterne og statstilskuddet 34,6 % deraf.

Finansieringen af barseldagpengene kan opstilles således:

Udgift:

Barseldagpenge c. 6,0 mill. kr.

Indtægt:

Statsbidrag c. 3,0 mill. kr.

Kommunebidrag c. 3,0 » »

c. 6,0 mill. kr.

Statens samlede tilskud ved gennemførelse af *forslag I* skulle da med de foreslåede dagpengesatser blive 32,2 mill. kr.

Når man lægger de foran anførte udgiftstal vedrørende *forslag II* til grund for en beregning af statstilskuddet, vil man få et statstilskud på 1,2 mill. kr. Man vil da som *samlet statstilskud til udgifterne ifølge forslag I og forslag II få et beløb af 33,4 mill. kr.* Hermed kan sammenholdes, at statens direkte tilskud til sygekassernes dagpengeudgifter for tiden udgør ca. 2V2 mill. kr. Det vil endelig efter forslaget påhvile staten at dække udgifterne ved administrationen af statens sygelønsfond.

E. REGULERINGSPROBLEMER

Udvalget har anset det for hensigtsmæssigt, at der åbnes mulighed for en regulering

af såvel bidragene som dagpengesatserne. Man har ikke ment, at dette burde ske ved en automatisk regulering f. eks. efter ændringerne i pristallet, men at en regulering må overvejes, når de forudsætninger, ud fra hvilke bidrag og ydelser er fastsat, ændres væsentligt. Dette gælder således, såfremt bidragene fra arbejdere og arbejdsgivere på grund af formindskelse i beskadigelsesomfang går så meget ned, at de mangler væsentligt i at dække $\frac{2}{3}$ af udgifterne som forudsat, eller såfremt det samme indtræder som følge af en forøgelse af sygelighedens omfang med deraf følgende forøgelse af udgifterne. Udvalget anser den varige opretholdelse af byrdefordelingen for at være så betydningsfuld, at man går ind for, at det med faste mellemrum skal undersøges, hvorledes udgifterne faktisk er fordelt. Udvalget anser 3 år for et passende tidsinterval; måske bør dog den første undersøgelse foretages allerede 2 år efter lovens ikrafttræden, da beregningerne, som foran nævnt, må være behæftet med en vis usikkerhed.

Samtidig bør efter udvalgets opfattelse størrelsen af dagpengesatserne tages op til overvejelse. En regulering bør finde sted, såfremt arbejds lønningerne ændres væsentligt. En forhøjelse af arbejds løshedsunderstøttelsen vil også kunne betinge en forhøjelse af satserne for sygedagpenge, jfr. foran⁸⁾.

IX. ADMINISTRATION

A. OPKRÆVNING AF BIDRAGENE

En ordning som den foreslåede med bidrag fra arbejdsgivere og arbejdere med bestemte beløb pr. præsteret arbejdstime forudsætter næsten med nødvendighed, at bidragene opsamles af og viderebetales af arbejdsgiverne. Men det står udvalget klart, at andre måder at sætte parterne i bidrag på kunne føre til andre »opkrævningssystemer«. Udvalget har ment, at det er naturligt, at man anvender

den beregningsmåde og det deraf følgende opkrævningssystem, som har stået sin prøve i sygelønsordningerne. Udvalget har overvejet, efter hvilket system bidragene skulle videreføres fra arbejdsgiverne. Man har bl. a. overvejet, om det skulle være mest praktisk, at bidragene opkræves af ulykkesforsikrings selskaberne samtidig med, at disse opkræver arbejds giverpræmierne til ulykkesforsikringen,

⁸⁾ Se side 195.

eller om man bør foretrække samme ordning som i sygelønsfondene, således at arbejdsgiverne indbetaler bidragene til sygekassernes centralforeninger (sygelønskontorer). Udvalget har i dette spørgsmål rådført sig med repræsentanter fra ulykkesforsikringselskaberne. Man drøftede herved spørgsmålet om det hensigtsmæssige i, at ulykkesforsikringselskaberne opkrævede bidragene til den overvejede dagpengeordning samtidig med præmierne til ulykkesforsikringen. De nævnte repræsentanter måtte imidlertid tage afstand fra denne tanke; dels omfatter ulykkesforsikringen f. eks. funktionærer, der ikke falder ind under forslaget ordning, dels ville det være meget vanskeligt for selskaberne at kontrollere, om det er de rigtige beløb, der indgår til selskaberne, og endelig måtte man, da det vil kunne dreje sig om meget store beløb, forudse, at selskaberne ville have meget besvær med at få inkasseret beløbene. Herefter finder udvalget, at det er det naturligste, at det bliver sygekassernes centralforeninger, der opkræver bidragene hos arbejdsgiverne. De vil herved kunne bygge på de erfaringer, de har gjort under arbejdet med opkrævningen af bidrag til sygelønsordningerne. Der er dog ikke tvivl om, at opgaven vil være vanskeligere under det nye system, idet dette vil omfatte forholdsvis mange flere løse og kortvarige arbejdsforhold end sygelønsordningerne, og fordi det vil være vanskeligt at få registreret alle små arbejdsgivere og i det hele at kontrollere, at det er de rigtige bidrag, der indgår. Udvalgets forslag holder dog de mange mindre arbejdsgivere, navnlig på landet, der beskæftiger tilfældig hjælp i huset eller anden lige så løs arbejdskraft, uden for opkrævningen, idet den pågældende løse arbejdskraft foreslås undtaget fra loven. Kasserne vil ved opkrævningen sikkert få anledning til at gøre brug af et af ulykkesforsikringselskaberne afgivet løfte om, hvis det ønskes, at ville bistå kasserne på grundlag af selskabernes erfaringer og udlåne disses fortegnelser over de ifølge ulykkesforsikringsloven forsikringspligtige arbejdsgivere. Disse lister vil kunne være en god støtte for kasserne i opkrævningsarbejdet. I

øvrigt må der naturligvis udarbejdes administrative forskrifter om dette opkrævningsarbejde, herunder at bidrag også svares af og for lønarbejdere, der måtte omfattes af særlige ordninger, medmindre de pågældende arbejdere falder uden for lovens område. Udvalget foreslår, at reglerne skal bestemme, i hvilket omfang en arbejdsgiver har pligt til at gøre anmeldelse om, at han er omfattet af ordningen.

Det er udvalgets tanke, at bidragene, ligesom det er tilfældet i sygelønsordningerne, skal indgå i en fond, og at kasserne skal kunne trække på denne og om fornødent oppebære à conto forskud derfra til dækning af deres udgifter til dagpenge. Denne fond må - ligesom det var tilfældet, da sygelønsfonden under Hovedorganisationernes sygelønsordning startede - have en startkapital. Udvalget går ud fra, at Hovedorganisationernes sygelønsordning og sygelønsfond B ophører samtidig med, at en almen lovmæssig ordning om sygedagpenge til lønarbejdere træder i kraft. Hvorvidt staten bør indskyde en startkapital, har udvalget ikke ment at kunne tage stilling til.

Regler må udarbejdes om beløbenes overførelse til den omtalte fond og om deres videre overføring fra denne til de enkelte kasser i fornødent omfang. Det foreslås, at fonden administreres af direktøren for sygekassevæsenet, under hvis tilsynsområde sygekassernes virksomhed vil henhøre, også for så vidt angår udbetalingen af dagpenge til lønarbejdere.

B. ADMINISTRATION AF DAGPENGE

Administrationen af dagpengeudbetalingen skal efter forslaget foregå gennem sygekasserne. Udvalget har overvejet, hvorledes det vil være mest praktisk at fastlægge reglerne for afgørelse af de klager, som vil fremkomme fra de implicerede, og de tvistemål, der vil opstå i forbindelse med den daglige administration af reglerne. Det er for udvalget oplyst, at for så vidt angår sygelønsordningerne træffes afgørelserne af sådanne spørgsmål af et særligt organ, hvori sidder

en repræsentant for henholdsvis arbejdsgiverne, arbejderne og sygekasserne. De erfaringer, som ikke mindst arbejdsmarkedets repræsentanter sidder inde med, har vist sig at være meget værdifulde ved spørgsmålenes afgørelse. De bevirker, at det pågældende organ er i stand til hurtigt og på en praktisk måde at afgøre de forelagte spørgsmål. Udvalget mener, at det vil være overordentlig praktisk, at et efter lignende regler sammensat organ får til opgave på tilsvarende måde at afgøre klager og tvistigheder, som man må forudse vil fremkomme vedrørende forslag I. Man foreslår, at udvalgets medlemmer udpeges af socialministeren, og at direktøren

for sygekassevæsenet udpeger udvalgets sekretær, der kan virke som forbindelsesled mellem det pågældende organ og direktøren. Udvalgets afgørelser bør kunne indankes for direktøren, hvis afgørelser efter udvalgets mening skal være endelige. Det bemærkes, at et sådant udvalg vil kunne forebygge, at sygekassedirektoratets personalestab måtte forøges med henblik på afgørelser af de mange klagesager, som ellers ville gå direkte til direktoratet.

Afgørelser af spørgsmål af principiel natur skulle det pågældende organ ikke træffe; de må henhøre under direktøren.

X. UDKAST TIL LOVFORSLAG

Udvalget har formuleret sine forslag i to udkast; dels udkast til en lov om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, betegnet forslag I, dels et udkast til ændringer af folkeforsikringsloven med henblik på ændring af denne lovs bestemmelser om dagpenge i sygdoms- og barseltilfælde, betegnet forslag II⁹⁾). Paragraf betegnelsen i dette sidste samt henvisningerne til folkeforsikringsloven i forslag I er kun tænkt som rent foreløbige under hensyn til, at der ikke foreligger afgørelse for, om de ændrede dagpengebestemmelser skal indføres i den gældende folkeforsikringslov eller i en helt ny lov om sygeforsikring.

A. FORSLAG TIL LOV OM DAGPENGE TIL LØNARBEJDERE I SYGDOMSTILFÆLDE (FORSLAG I)

1. Lovtekst

Stk. 1. Til nydende medlemmer af sygekasse eller fortsættelsesygekasse ydes der ved fuld arbejdsudygtighed på grund af sygdom eller tilskadekomst, jfr. dog stk. 4, som er-

⁹⁾ Se side 218 ff.

statning for det ved sygdommen forårsagede tab af arbejdsfortjeneste eller af arbejdsløshedsunderstøttelse fra anerkendt arbejdsløshedskasse følgende dagpengehjælp, jfr. § 10, stk. 2: 21 kr. til lønarbejdere, der efter reglerne i lovgivningen om indkomstskat til staten anses for forsørgere, og 16 kr., henholdsvis 8 kr., til andre lønarbejdere, alt efter om de er fyldt 18 år eller ej.

Stk. 2. Under ophold på sygehus, rekonvalescenthjem m. v. for kassens regning ned sættes dagpengehjælpen med 5 kr. pr. dag, for så vidt pågældende ikke kan anses for forsørgere i den i stk. 1 omhandlede betydning.

Stk. 3. Såfremt og så længe et medlem opbærer dagpenge efter (lov om folkeforsikring¹⁰⁾), kan han ikke få udbetalt dagpenge efter reglerne for lønarbejdere. Dagpengehjælpen kan i forbindelse med anden pengehjælp eller løn, som medlemmet måtte oppebære under sygdommen, ikke overstige $\frac{4}{5}$ af hans daglige fortjeneste inden for den sidste uge før sygemeldingen. For medlemmer af en anerkendt arbejdsløshedskasse, der sygemeldes i en anmeldt arbejdsløshedsperiode, kan

¹⁰⁾ Se indledningen til nærværende afsnit.

dagpengehjælpen ikke overstige pågældendes daglige arbejdsløshedsunderstøttelse i medfør af lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring.

Stk. 4. Hidrører medlemmets sygdom fra et ulykkestilfælde, i anledning af hvilket han har krav på understøttelse i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, tilkommer der ham ikke dagpenge efter nærværende lov. Har kassen udbetalt dagpenge for et tidsrum, for hvilket der senere tilstås vedkommende dagpenge i medfør af ulykkesforsikringslovgivningen, skal kassen hos vedkommende ulykkesforsikringssselskab kræve sit udlæg godtgjort i det den pågældende fra ulykkesforsikringen for samme tidsrum tilkommende dagpengebeløb.

Stk. 5. Til kvindelige medlemmer kan der ved fødsel og barselhvile ydes dagpenge i indtil 14 uger. Hjælpen kan tidligst ydes fra det tidspunkt at regne, hvor der skønnes at være 8 uger til fødslen, og længst i 6 uger efter fødslen. Det er en forudsætning for at oppebære hjælpen, at medlemmet ikke i denne periode er beskæftiget ved lønarbejde. De i nærværende lov fastsatte regler om hjælp i sygdomstilfælde finder tilsvarende anvendelse i barseltilfælde, jfr. dog § 4, stk. 1, 3. punktum. Hjælpen udbetales med de i stk. 1, jfr. stk. 3, omhandlede beløb for 6 dage om ugen. Under ophold på sygehus eller fødehjem o. 1. gælder stk. 2 tilsvarende.

§ 2.

Stk. 1. Som lønarbejdere i den i § 1 omhandlede betydning anses personer, der udfører lønnet arbejde for andre.

Stk. 2. Undtaget fra denne lovs regler om dagpengehjælp er:

- 1) Personer i statens, folkekirkens og folkeskolens tjeneste, som enten henhører under lovgivningen om statens, folkekirkens og folkeskolens tjenestemænd, eller som oppebærer løn under sygdom efter tilsvarende regler som de for disse personer gældende.

- 2) Personer, der er omfattet af en af følgende love:

Lov nr. 261 af 9/6 1948 om retsforholdet mellem arbejdsgivere og funktionærer; lovbekendtgørelse nr. 270 af 15/5 1941 om retsforholdet mellem husbond og medhjælper som ændret ved lov nr. 222 af 7/6 1952 og lov nr. 66 af 31/3 1953; lov nr. 261 af 2/10 1956 om lærlinge-forhold; sømandsloven, lov nr. 229 af 7/6 1952.

- 3) Personer, hvem der ved overenskomst eller kontrakt er tilsikret løn under sygdom efter regler, der som helhed ikke stiller dem ringere end de i denne lov indeholdte bestemmelser.

- 4) Personer, der er beskæftiget som tilfældig medhjælp i private hjem, samt personer med arbejdsforhold af kortvarig eller tilfældig natur. Socialministeren fastsætter nærmere regler om de arbejdsforhold, som således ikke er omfattet af loven. Vejledende i så henseende er, om det pågældende arbejdsforhold er af en sådan art, at det normalt ikke vil strække sig udover 10 timer fordelt på indtil 6 sammenhængende dage.

- 5) Personer, der oppebærer indtægtsbestemt folkepension i henhold til lov om folkeforsikring, eller pension i henhold til lov nr. 70 af 13. marts 1959 om pension og hjælp til enker m. fl.

§ 3.

Stk. 1. Ret til dagpenge opnås efter mindst 40 timers beskæftigelse i løbet af de sidste 4 uger umiddelbart forud for sygdommens indtræden; denne betingelse bortfalder for arbejdsløse, understøttelsesberettigede medlemmer af anerkendt arbejdsløshedskasse. Ved den nævnte beskæftigelse forstås et arbejdsforhold efter § 2, stk. 1. For faglige områder, hvor forholdene bevirker hyppige, kortvarige arbejdsperioder, kan socialministeren bestemme, at der helt eller delvis kan bortses fra beskæftigelseskravet i 1. punktum. Inden socialministeren træffer sådan afgørelse, skal han indhente en erklæring fra arbejdsdirektøren i overensstemmelse med reg-

len i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. § 16, stk. 5, sidste punktum.

Stk. 2. Et af bestemmelserne i § 2, stk. 2, nr. 1-3, omfattet medlem, der er sygemeldt på det tidspunkt, da han af årsag, som ikke kan tilregnes ham selv, udtræder af det pågældende arbejdsforhold, er - såfremt han er medlem af en anerkendt arbejdsløsheds-kasse - berettiget til straks fra arbejdsophøret at oppebære dagpenge ifølge nærværende lov. Den tid, i hvilken medlemmet ved overførelsen har oppebåret løn eller dagpenge under sygdom, medregnes, når hjælpens varighed opgøres efter reglerne i § 4.

§ 4.

Stk. 1. Dagpenge ydes for 6 dage om ugen fra og med den 7. sygedag, og i indtil 120 dage i løbet af 12 på hinanden følgende måneder, dog ikke udover i alt 360 dage i løbet af 3 på hinanden følgende år. I opgørelsen medregnes dagpengehjælp, som medlemmet inden for de anførte tidsrum måtte have oppebåret i medfør af (folkeforsikringslovens § 18)¹¹⁾. Den i § 1, stk. 5, omhandlede dagpengehjælp i tilfælde af fødsel medregnes ikke. I særlige tilfælde, hvor der er rejst sag om et medlems revalidering, kan kassen efter forhandling med vedkommende myndighed forlænge dagpengeperioden, dog ikke længere end til revalidering er iværksat.

Stk. 2. Når der er forløbet 240 dage, efter at pågældende endeligt har opbrugt dagpengehjælpen, og han kan præstere bevis for, at han i de sidst forløbne 12 måneder har haft mindst 90 dages lønnet arbejde, vil han på ny kunne få udbetalt dagpenge efter reglerne i nærværende lov.

§ 5.

Stk. 1. Anmodning om dagpenge indgives til medlemmets sygekasse (fortsættelsessygekasse) senest 9 hverdage efter sygdommens indtræden.

Stk. 2. Ved ansøgningen skal benyttes en

¹¹⁾ Se indledningen til nærværende afsnit, side 204.

af socialministeren godkendt: blanket, hvorpå medlemmet på tro og love skal afgive erklæring om sygdommens art samt sine indtægts-, arbejds- og forsørgerforhold og om, hvad der i øvrigt måtte have betydning ved afgørelsen af spørgsmålet om hans ret til at få dagpenge udbetalt.

Stk. 3. Er medlemmet ikke arbejdsdygtigt, når der er forløbet 14 dage efter sygdommens indtræden, kan kassen afkræve den behandlende læge en erklæring, udfærdiget på en af socialministeren godkendt formular. Er den pågældende arbejdsløs på det tidspunkt, da ansøgningen indgives til kassen, skal ansøgningen være ledsaget af en lægeerklæring.

Stk. 4. Kassen skal ved sin behandling af sagen have opmærksomheden henvendt på behovet for revalidering. Skønnes det, at pågældende bør undersøges med revalidering for øje, skal der herom rettes henvendelse til vedkommende myndighed efter nærmere af socialministeren fastsatte regler.

§ 6.

Stk. 1. Kassen kan i tilfælde, hvor medlemmet forsætligt eller ved grov uagtsomhed har påført sig sygdommen, nægte udbetaling af dagpenge.

Stk. 2. Dagpenge kan kun undtagelsesvis udbetales under ophold i udlandet.

Stk. 3. Er der tilkendt en tilskadekompen invaliditetserstatning i medfør af ulykkesforsikringslovgivningen, kan kassen ikke udbetale dagpenge i anledning af arbejdsudytighed, som er en umiddelbar følge af samme invaliditet. De nærmere regler herom fastsættes af socialministeren.

Stk. 1. Udbetaling af dagpenge ophører den dag, medlemmet er arbejdsdygtigt, selv om han ikke straks træder i arbejde, eller han undlader at raskmelde sig. Tillægges der en person, der oppebærer dagpenge i henhold til nærværende lov, invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension på-

hviler det såvel medlemmet som invalideforsikringsretten, henholdsvis vedkommende kommune uopholdeligt at give kassen underretning om tilkendelse af pensionen. Kassen skal derefter drage omsorg for en ordning af spørgsmålet om pågældendes fremtidige dagpengesikring, jfr. i så henseende § 2, stk. 2, nr. 5. Beløb, som kassen har ydet pensionister i tiden mellem den dag, hvorfra pensionen beregnes, og anvisningsdagen, skal så vidt muligt godtgøres den.

Stk. 2. Retten til dagpengehjælp fortabes for resten af den løbende sygeperiode, og udbetalt dagpengehjælp skal kræves tilbagebetalt, såfremt medlemmet på svigagtigt grundlag har ladet sig udbetale dagpenge. I grove tilfælde af svig kan kassen indstille til direktøren for sygekassevæsenet, at medlemmet udelukkes fra adgangen til at oppebære dagpenge i et af direktøren nærmere fastsat tidsrum, der dog ikke må overstige 2 år regnet fra det tidspunkt, da beløbet er tilbagebetalt.

Stk. 3. Kassen kan beslutte, at dagpenge bortfalder, såfremt vedkommende nægter at lade sig underkaste den for hans helbredelse nødvendige sygebehandling eller den for generhvervelsen af arbejdsevnen hensigtsmæssige optræning.

Stk. 4. Oppebåret dagpengehjælp kan af kassen kræves tilbagebetalt, når medlemmet ad anden vej får erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Stk. 1. Der nedsættes et udvalg, for hvilket tvistigheder vedrørende administrationen af dagpengeordningen kan indbringes. Udvalget består af en repræsentant for De samvirkende fagforbund, en repræsentant for Dansk arbejdsgiverforening og en repræsentant for De samvirkende centralforeninger af sygekasser; sekretæren udpeges af direktøren for sygekassevæsenet. Socialministeren udpeger repræsentanterne efter indstilling af de nævnte organisationer og fastsætter udvalgets forretningsorden. Udvalgets afgørelser kan

inden forløbet af 14 dage fra afgørelsen indbringes for direktøren for sygekassevæsenet, hvis afgørelse er endelig.

Stk. 2. I andre tilfælde end de i stk. 1 nævnte træffes afgørelsen af direktøren for sygekassevæsenet.

§ 9.

Stk. 1. Udgifterne til sygedagpenge afholdes af midler, der tilvejebringes ved bidrag fra arbejdere og arbejdsgivere samt ved tilskud fra staten.

Stk. 2. Arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag til sygedagpenge fastsættes således, at de skønnes at dække $\frac{2}{3}$ af udgifterne til dagpenge og administration. Arbejdernes bidrag fastsættes til 1,5 øre pr. præsteret arbejdstime og arbejdsgivernes bidrag til 2 øre pr. arbejdstime, for hvilke han har udbetalt løn, jfr. dog § 10, stk. 1. Resten af udgifterne afholdes af statskassen.

Stk. 3. Udgifterne til barseldagpenge, jfr. § 1, stk. 5, afholdes af statskassen og vedkommende kommune, hver med V2.

Stk. 4. En arbejdsgiver, der beskæftiger en eller flere af denne lov omfattede lønarbejdere, har pligt til over for vedkommende centralforening af sygekasser at foretage indberetning herom efter nærmere af socialministeren fastsatte regler.

Stk. 5. Arbejdernes bidrag tilbageholdes af arbejdsgiveren i den arbejderne tilkommende løn.

Stk. 6. Arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag opkræves hos disse sidste af vedkommende centralforening af sygekasser efter nærmere af socialministeren fastsatte regler. Bidragene kan i mangel af rettidig indbetaling inddrives ved udpantning hos arbejdsgiveren. Arbejdsgivernes og arbejdernes bidrag er privilegeret krav i en arbejdsgivers konkursbo.

Stk. 7. Undlader en arbejdsgiver at opfylde den i stk. 4 nævnte indberetningspligt eller rettidigt at indbetale bidrag til forsikringen, anses han med bøder fra kr.

Direktøren for sygekassevæsenet kan pålægge ham derudover at udrede dagpenge, der udbetales en arbejder, som er eller har været beskæftiget hos ham.

§ 10.

Stk. 1. Hvert 3. år, første gang i folketingssamlingen..... påhviler det socialministeren at optage spørgsmålet om størrelsen af arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag pr. arbejdstime til undersøgelse med henblik på den i § 9, stk. 2, nævnte fordeling af udgifterne mellem de pågældende og statskassen. Viser undersøgelsen, at der foreligger en væsentlig afvigelse fra nævnte fordelingsregel, påhviler det socialministeren efter indhentet erklæring fra de faglige hovedorganisationer at fremsætte forslag til ændring af bidragets størrelse.

Stk. 2. Det påhviler socialministeren på de i stk. 1 nævnte tidspunkter at fremsætte forslag til ændring af de i § 1, stk. 1, fastsatte dagpengebeløb, såfremt størrelsen af den gennemsnitlige timefortjeneste for faglærte og ufaglærte arbejdere efter de af det statistiske departement senest meddelte oplysninger afviger væsentligt fra gennemsnitslønnen ved lovens ikrafttræden.

§ 11.

Stk. 1. De i § 9 omhandlede bidrag overføres efter opkrævningen til en af direktøren for sygekassevæsenet bestyret fond. Statskassen udreder udgifterne ved fondens administration. Fonden godtgør sygekasserne og fortsættelsessygekasserne deres udlæg til dagpenge efter nærværende lov. Som vederlag for opkrævningen af bidragene og for administrationen tillægges der af fondens midler centralforeningerne, sygekasserne samt fortsættelsessygekasserne et af socialministeren fastsat beløb af de opkrævede bidrag. Fondens regnskaber revideres i forbindelse med direktoratet for sygekassevæsenets regnskaber.

Stk. 2. De nærmere regler om indbetaling til og udbetaling fra fonden samt om fon-

dens administration fastsættes af socialministeren.

§ 12.

Denne lov, der ikke gælder for Færøerne og Grønland, træder i kraft.....

2. Bemærkninger til lovforslaget

Forslaget angår en tvungen dagpengehjælp i sygdomstilfælde til lønarbejdere, der er nydende medlemmer af en s.nerkendt sygekasse eller fortsættelsessygekasse; denne dagpengehjælp, der udbetales, når der foreligger et af sygdom forårsaget indtægtstab, træder for de pågældende lønarbejders vedkommende i stedet for den dagpengeordning, som nu er hjemlet i folkeforsikringsloven, og som man længe har erkendt er helt utilfredsstillende i et socialt sikringssystem. Ordningen foreslås begrænset til de egentlige lønarbejdere, herunder personer, som ved siden af deres invalidepension har en lønindtægt, hvorved de er tilknyttet arbejdsmarkedet. Andre befolkningsgrupper menes ikke at have interesse i en tvungen dagpengeforsikring. For disse foreslås ved en ændring af folkeforsikringsloven en frivillig dagpengeforsikring. Forslaget er gået ud fra principperne i de bestående sygelønsordninger (d.v.s. Hovedorganisationernes sygelønsordning og sygelønsfond B). Disses dagpengehjælp udgør 14 kr. til mandlige voksne og 9 kr. til kvindelige voksne arbejdere samt 6 kr. til unge arbejdere. Forslaget går ind for beløb, der vil give en noget bedre dækning for det af sygdommen bevirkede indtægtstab; samtidig tages der hensyn til de sygemeldte, der har forsørgerbyrder, idet disse dagpenge er ansat til et højere beløb end ikke-forsørgeres.

Samtidig foreslås dagpengehjælp ved fødsel, således at der i 14 uger ydes samme hjælp som i sygdomstilfælde; disse dagpenge skal træde i stedet for barseldagpenge efter folkeforsikrings lovens § 19.

Lønarbejdergrupper, der i forvejen har en sygelønsordning, der som helhed ikke stiller

dem ringere end den foreslåede ordning, samt visse løsarbejdere holdes uden for ordningen.

Midlerne tænkes - ligesom i sygelønsordningen — tilvejebragt ved bidrag fra arbejdere og arbejdsgivere samt endvidere ved tilskud fra staten. Bidragene tænkes gennem sygekassernes sygelønskontorer indbetalt til en særlig fond på samme måde, som det nu sker i sygelønsordningen; fonden tilstiller de enkelte kasser de fornødne midler til udbetaling af dagpenge.

Fra det tidspunkt, da forslaget måtte få lovkraft, tænkes de nævnte sygelønsordninger ophævet.

Til § 1.

Stk. 1. Trangen til lovmæssig ordning for ydelse af dagpenge i sygdomstilfælde er ikke lige stærk i de forskellige befolkningsgrupper. Særlig gør den sig gældende for lønarbejdere, medens andre befolkningsgrupper f. eks. selvstændige, kapitalnydende, understøttede, husmødre uden erhverv enten slet ikke har nogen interesse deri, eller kun en betinget og begrænset interesse. Forslaget omfatter derfor kun de egentlige lønarbejdere, og kun den del deraf, som ikke har en fuldstændig sygeløns- eller dagpengeordning, jfr. § 2. Forslaget giver også under visse vilkår arbejdsløse adkomst til dagpenge. Da dagpengesikringen i sygekasserne, der i realiteten er frivillig, har medført et højst utilfredsstillende resultat, går forslaget ud på at gøre ordningen tvungen for lønarbejdere. Det er anset for det mest praktiske, at denne dagpengeordning knyttes til sygekasserne, således at disse såvel udbetaler dagpengene som opkræver bidragene til forsikringen. Således er det gennemført i sygelønsordningen, og kassernes erfaringer herfra bør kunne udnyttes i nyordningen. Det vil være det mest rationelle, at hjælpen kun udbetales til kassernes nydende medlemmer. Det er af stor betydning, at personer, der er sikret dagpengehjælp, også er sikret lægehjælp m. v., således at det ikke er noget problem for dem at få passende sygebehandling og eventuelt revalidering, og derigennem hjælpes til snarest at

kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet. Ophæves alders- og helbredsbetingelserne for optagelse i kasserne, kan der næppe være betænkelighed ved således at knytte dagpenge retten til nydende medlemsskab.

Et vilkår for udbetaling af dagpengehjælp er fuld arbejdsudygtighed på grund af sygdom eller sådan tilskadekomst, som ikke falder ind under den lovpligtige ulykkesforsikring.

Sygedagpengene ydes som erstatning for det ved sygdom forårsagede tab af arbejdsfortjeneste. Dette svarer til principperne såvel i folkeforsikringsloven som i sygelønsordningerne. Medens der i sygelønsordningerne ikke ydes sygedagpenge til arbejdsløse, går forslaget ud på, at arbejdsløshed i sig selv ikke er til hinder for udbetaling af sygedagpenge, idet sygedagpenge udbetales i tilfælde, hvor arbejdsløshedsunderstøttelse fra anerkendt arbejdsløshedskasse falder væk som følge af sygdommen.

Med hensyn til overvejelserne om dagpengehjælpens størrelse henvises til indstillingens afsnit VI. B. ¹²⁾). Forslagets sats for forsørgere — mandlige som kvindelige — svarer ret nøje til, dels hvad en mandlig arbejder kan oppebære i dagpenge i dag, når han modtager sygeløn fra en af sygelønsfondene, og derhos har sikret sig sygekassernes højeste dagpengehjælp 6 kr. (hvad dog kun et relativt ganske lille antal har), dels hvad en forsøger med 2 børn kunne oppebære i arbejdsløshedsunderstøttelse. Forslaget forudsætter, at forsørgerbegrebet er det, der er opstillet i lovbekendtgørelse nr. 289 af 14. december 1957 om påligning af indkomst- og formueskat til staten.

Forslagets sats for ikke-forsørgere er beregnet ved at udgå fra dagpengebeløbet for forsørgere og reducere dette med beløb svarende til arbejdsløshedsunderstøttelsens forsørgertillæg og tillæg for 2 børn.

Satsen for unge arbejdere under 18 år er ansat til det halve af satsen for voksne ikke-forsørgere. Det er herved taget i betragtning, at de unges løn normalt er ikke ubetydeligt lavere end de voksnes.

¹²⁾ Se side 193 ff.

Følgende sammenstilling kan foretages mellem sygelønsordningens og forslagens dagpengeydelse :

		Sygelønsordning	Forslaget
Forsørgere :	mandlige	14 kr.	21 kr.
	kvindelige	9 »	21 »
Ikke-forsørgere :		14 »	16 »
	kvindelige	9 »	16 »
Unge arbejdere :		6 »	8 »

Et mindretal (Elmquist) har fremsat en række betragtninger om dagpengehjælpens ordning, særlig for kvindernes vedkommende. Disse betragtninger er anført i afsnit VLB.¹³⁾

Stk. 2. Når en dagpenge støttet vederlagsfrit ligger på sygehus o. l., sparer han visse udgifter til daglig husholdning. For forsørgere er besparelsen næppe så betydelig, at den bør medføre nedsættelse af dagpengehjælpen. For ikke-forsørgere anses det derimod for rimeligt, at der finder en nedsættelse af dagpengehjælpen sted; forslagens nedsættelsesbeløb, 5 kr., svarer formentlig nogenlunde til den daglige udgift til kost m. v., som spares under sygehusophold. Bestemmelsen er formuleret derhen, at nedsættelsen sker, når vedkommende ligger på sygehus m. v. for sygeforsikrings regning, men bør forstås således, at nedsættelsen også sker i andre tilfælde, hvor vedkommende ligger vederlagsfrit på sygehus.

Sik. 3. Forslagets dagpengeydelse skal ikke selv supplere - eller suppleres af - dagpenge efter folkeforsikringsloven - eller de lovbestemmelser, som afløser folkeforsikringslovens (se forslag II)¹⁴⁾. Det er tanken, at en person, der kan være beskæftiget dels som lønarbejder, dels som selvstændig, kan få udbetalt dagpenge efter reglerne for lønarbejdere, såfremt han, på det tidspunkt han bliver syg, arbejder som lønarbejder og i øvrigt opfylder betingelserne derfor. Han kan samtidig være sikret dagpenge efter forslag II, og han vil kunne oppebære dagpen-

ge fra denne forsikring, såfremt han er beskæftiget som selvstændig på det tidspunkt, da han sygemeldes. Visse grupper af beskæftigede, f. eks. parkeringsvagter, skærslippere, havemænd m. fl., hvis erhverv består i at tilbyde personlige tjenesteydelser, er det vanskeligt at placere enten i forslag I eller forslag II.

Dagpengehjælpens begrænsning til $\frac{4}{5}$ af vedkommendes indtægt i form af løn eller pengehjælp i den sidste uge før sygemeldingen svarer til, hvad der gælder i sygelønsordningen. Sygekasserne har også en $\frac{4}{5}$ -grænse. Til arbejdsløse medlemmer af anerkendt arbejdsløshedskasse må sygedagpengene ikke overstige den arbejdsløshedsunderstøttelse, der bortfalder som følge af sygemeldingen, jfr. lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring § 17, stk. 1, nr. 2. Bestemmelsen tilsigter at forebygge, at et medlem skulle fristes til at foretrække sygedagpenge for arbejdsløshedsunderstøttelse for derved at undgå at tære på denne.

Sik. 4. Forslaget er i overensstemmelse med, hvad der gælder ifølge folkeforsikringsloven, jfr. dennes § 18, stk. 6, sygekassevedtægterne og sygelønsordningen.

Stk. 5. De gældende regler om kontant pengehjælp til fødende kvinder, der er nydende medlemmer af anerkendt sygekasse, findes i folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 3, 4 og 5 samt stk. 2. Efter disse bestemmelser falder kvinderne i 2 grupper:

a) En gruppe, der omfatter alle kvindelige sygekassemedlemmer uden hensyn til deres beskæftigelse. Denne gruppe har kun ret til dagpenge i de første 14 dage efter fødslen og kun med det beløb, de har sikret sig som sygedagpenge; hjælpen ydes såvel af sygekasser som af fortsættelsesygekasser. Da de allerfleste kvinder enten slet ikke har sikret sig dagpenge eller kun har sikret sig 40 øre eller 1 kr. pr. dag, er hjælpen i realiteten betydningsløs. Må barselkvinden holde sengen udover 14 dage, betragtes hun som syg og får da fortsat hjælp efter denne bestemmelse, og kun efter denne, og ikke efter reglerne nævnt nedenfor under b).

¹³⁾ Se side 193 f.

¹⁴⁾ Se side 218 ff.

b) Den anden gruppe er kvindelige sygekassemedlemmer, der er beskæftiget ved arbejde, for hvilket der ifølge lov om almindelig arbejderbeskyttelse af 11. juni 1954 § 37 er foreskrevet 4 ugers hvile efter fødslen (dog kan pågældende gå i arbejde før forløbet af denne frist, såfremt hun kan skaffe lægeerklæring for, at hun kan tåle det). Denne lovpligtige barselhvile omfatter for tiden kvinder beskæftiget inden for de i denne lovs § 1, stk. 1, anførte virksomhedsområder, d.v.s. håndværk og industri, transport, lager- og pakhusarbejde, laboratoriarbejde, bygge- og entreprenørvirksomhed. Kun de kvinder, som er erhvervsmæssigt beskæftiget inden for disse fag, har ret til en særlig barselhjælp fra sygekassen (sådan hjælp ydes overhovedet ikke til medlemmer af fortsættelsessygekasserne). Det er dog ikke talstærke grupper, der således afskæres fra kontant indtægt i tiden før og efter fødslen, idet de kvinder, som er tjenestemænd eller ansat på lignende vilkår, eller som er beskæftiget under forhold, der dækkes af funktionærloven, har ret til en vis tids tjenestefrihed med delvis, eventuelt fuld løn.

Den omtalte særlige barselhjælp - udbetalt gennem sygekasserne, men godtgjort disse af kommunerne — udgør for tiden pr. dag:

Hovedstaden m. v.	kr. 7,75
Købstæder m. v. »	7,40
Det øvrige land »	6,75

Hjælpen udbetales for alle ugens 7 dage. Den kan dels ydes i indtil 8 uger før fødslen, nemlig når svangerskabet bevirker, at kvinden ifølge lægeerklæring ikke kan passe sit arbejde uden skade for sig eller fostret, dels i 3. og 4., eventuelt tillige i 5. og 6. uge efter fødslen. 3. og 4. uge dækker således sidste halvdel af det tidsrum, i hvilket de pågældende kvinder skal holde sig borte fra arbejdet; hjælp i 5. og 6. uge ydes kun, såfremt kvinden holder sig borte fra sit arbejde af hensyn til diegivning.

Forslaget går ud på, at alle kvindelige lønarbejdere, der efter forslaget i sygdomstilfæl-

de har ret til pengehjælp, hvad enten de er medlemmer af sygekasse eller af fortsættelsessygekasse, skal have adgang til kontant barselhjælp i indtil 14 uger, tidligst fra det tidspunkt, da der skønnes at være 8 uger til fødslen, forudsat at de holder sig borte fra deres arbejde. Ved fastsættelsen af dette sidste tidspunkt er det tanken, at der som dokumentation skal anvendes det kontrolkort, der udstedes i henhold til lovgivningen om svangerskabsundersøgelser.

Adgangen til forslagens barseldagpenge er ikke gjort betinget af nogen forudgående ventetid, f. eks. i form af en vis medlemstid i kassen, jfr. at der efter forslaget ej heller gælder en sådan med hensyn til dagpenge i sygdomstilfælde.

Sygekassernes udlæg til de særlige barseldagpenge til fabrikarbejdskere o. l. udgjorde i 1956 1,4 mill. kr. Hjælpen er udbetalt til godt 3.000 fødende og har omfattet ca. 130.000 dage før fødslen (gennemsnitlig pr. tilfælde 41 dage) og ca. 80.000 dage efter fødslen (gennemsnitlig 25 dage).

Vedrørende spørgsmålet om eventuel regulering af dagpengesatserne henvises til bemærkningerne til § 10.¹⁵⁾

Til § 2.

Stk. 1. Definerer forslagens lønarbejderbegreb.

Stk. 2. Lønarbejdergrupper, som har en mere eller mindre udstrakt *ret til løn under sygdom*, er holdt uden for forslaget; hverken pågældende selv eller deres arbejdsgivere skal betale bidrag til forslagens dagpengeordning. De, der således efter forslaget holdes udenfor, er:

Gruppe 1: Tjenestemænd m. v. (svarende til ferielovens § 1, stk. 2, pkt. 1). Denne gruppe har en vid lovmæssig adgang til løn i sygdomstilfælde.

Gruppe 2: Funktionærer, medhjælpere, lærlinge, søfolk, der har en mere eller mindre vid lovmæssig adgang til sygeløn.

¹⁵⁾ Se side 217.

Gruppe 3: Ledende personale, som - uden at kunne anses for funktionærer i funktionærlovens forstand - har en sygelønsordning, der ikke er ringere end funktionærlovens, samt arbejdsgrupper med *særlig* overenskomstmæssig adgang til sygeløn.

For disse tre grupper gælder, at de pågældende, i hvert fald en vis periode, enten har fuld løn under sygdom eller dog en rimelig dækning. Såfremt de ikke blev holdt uden for den foreslåede ordning, ville man i øvrigt stille dem dårligere, end de er i øjeblikket, for så vidt som de måtte yde bidrag på linie med de lønarbejdere, som har ret til fuld dagpengehjælp under sygdom, medens de selv enten slet ikke vil kunne få dagpenge eller kun reducerede dagpenge, jfr. at ydelsen efter forslaget sammen med løn eller anden pengehjælp under sygdommen ikke må overstige $\frac{4}{5}$ af den normale indtægt, jfr. forslagets § 1, stk. 3. Med hensyn til gruppe 3 bemærkes, at der i det enkelte tilfælde må træffes afgørelse om, hvorvidt et områdes sygelønsordning som helhed er ringere end forslagets.

Med hensyn til dagpenge til grupperne 1-3 i visse tilfælde henvises til bemærkningerne til § 3, stk. 2, nedenfor.

Uden for forslaget holdes tillige to andre persongrupper:

Gruppe 4 omfatter tilfældige og kortvarige arbejdsforhold, hvor det ville volde overordentlige vanskeligheder at kontrollere, at de fornødne bidrag indgår fra arbejdsgiverne og fra de pågældende selv. At sådanne løse arbejdsforhold holdes uden for et i øvrigt bestående forsikringssystem, er ikke noget specielt for forslaget. Noget tilsvarende findes i ulykkesforsikringsloven, jfr. dennes § 51, stk. 1, 2. punktum; i den norske tvungne sygeforsikring for lønarbejdere (lov om Syketrygd § 8, punkt 2, som ændret i 1957) anses den ikke som »arbejdstager«, hvis »arbejdsforhold efter dets art ikke kan få varighed af mindst 6 dage«. De nærmere regler om, hvilke løse arbejdsforhold der bør undtages, må formentlig udformes administrativt. Efter forslagets regler undtages af prak-

tiske grunde fra forslag I f. eks. rengøringsassistenter, der vel arbejder regelmæssigt hos forskellige arbejdsgivere, men som kun er løst knyttet til den enkelte bestemte arbejdsgiver. Sådanne må, hvis de vil sikre sig dagpenge i sygdomstilfælde, gøre det efter reglerne i forslag II.

Gruppe 5: Ifølge folkeforsikringslovens § 18, stk. 1, nr. 3, 5. punktum, kan invalidepensionister, personer der oppebærer folkepension i henhold til lovens § 39, stk. 1, eller pension i henhold til kapitel I i lov om pension og hjælp til enker ikke oppebære dagpenge med mere end 1 kr. Beløbet udbetales i sygdomstilfælde ubeskåret til medlemmer, hvis indtægt kun består i pensionen. Udvalgets forslag, såvel forslag I som forslag II, hviler på den grundbetragtning, at sygedagpenge kun må udbetales som erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller anden af sygdommen forvoldt indtægtsforringelse. Denne grundbetragtning er ikke forenelig med en ordning som den omtalte i folkeforsikringsloven, og det må også tages i betragtning, at der ved folkeforsikringsloven er skabt hjemmel til at yde hjemmehjælp til pensionisterne. Forslaget tilsigter at give de pensionister, der stadig aktivt deltager i erhvervslivet en ret til, eventuelt en adgang til, at sikre sig dagpenge. Personer, der oppebærer folkepension med dennes mindstebeløb, vil ofte have et egentlig erhverv, enten ved lønarbejde eller ved selvstændig næring, og denne kategori af pensionister er derfor placeret i systemet på samme måde som andre lønarbejdere eller næringsdrivende. Det samme bør gælde personer, der oppebærer invalidepension, og som ved siden heraf har indtægt ved lønarbejde eller selvstændig næring. Derved understreges, at invalidepensionisten principielt stadig betragtes som knyttet til erhvervslivet, og han opmuntres til at søge at skaffe sig indtægt ved lønarbejde eller selvstændig næring og hjælpes derved ind på vejen tilbage til en normal plads i erhvervslivet.

For personer, der oppebærer indtægts-

bestemt folkepension eller pension efter loven om pension og hjælp til enker m. v., ligger forholdene efter udvalgets opfattelse anderledes, idet de pågældende enten slet ikke er knyttet til arbejdsmarkedet eller har en meget løs tilknytning dertil; de er derfor holdt helt udenfor lovforslag I. De bør derimod ikke være afskåret fra at sikre sig dagpenge efter forslag II, for så vidt de måtte have en reel interesse i en sådan sikring.

Til § 3.

Stk. 1. Bestemmelsen har betydning for arbejdere med arbejdsforhold af mere tilfældig natur, uden at der dog er tale om så løse forhold som i forslagets § 2, stk. 2, punkt 4. Den svarer til bestemmelsen i sygelønsordningernes § 4, stk. 1. Efter denne er det et vilkår, at pågældende ved sygdommens indtræden har været beskæftiget i mindst 48 timer inden for de sidste 6 uger hos *samme* arbejdsgiver. Forslaget har af hensyn til de løse arbejdsforhold på landet (og også i visse andre forhold) ikke ment at kunne kræve »samme arbejdsgiver«, og det har bl. a. under hensyn til de stedfindende arbejdstidsforkortelser foreslået timetallet nedsat til 40, men foreslår på den anden side »retten til dagpenge« oparbejdet i løbet af kun 4 uger. F. eks. vil knapt et par timers beskæftigelse om dagen kvalificere til dagpenge i sygdomstilfælde. Dette krav vil imidlertid som oftest ikke kunne fyldestgøres af personer, der sygemeldes, medens de er arbejdsløse, og forslaget går derfor ud på, at de skal være kvalificerede til sygedagpenge uden at behøve at præstere bevis for, at de inden for de sidste 4 uger har haft mindst 40 timers beskæftigelse. Det er dog en forudsætning for, at et arbejdsløshedsforsikret medlem kan få sygedagpenge i en arbejdsløshedsperiode, at han på det tidspunkt, da han bliver syg, er berettiget til arbejdsløshedsunderstøttelse. I modsat fald medfører sygdommen intet indtægtstab, og et sådant må foreligge, for at sygedagpenge kan udbetales. I analogi med bestemmelsen i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring § 16, stk. 5, sidste punktum, foreslås det, at der kan gøres undtagelse fra det

nævnte beskæftigelsesvilkår, når det drejer sig om faglige områder med hyppige, kortvarige arbejdsperioder som f. eks. havnarbejde. Den beskæftigelse, der kræves som kvalificerende, skal ifølge forslaget have fundet sted i et arbejdsforhold omfattet af forslagets dagpengeregler. Arbejde f. eks. som selvstændig kan således ikke regnes med.

Stk. 2. Selv om de i § 2, stk. 2, punkt 1-3, omhandlede kategorier af lønarbejdere har en sygelønsordning, der kan anses for dækkende, eller dog fyldestgørende under normale forhold, vil forholdet ligge anderledes, såfremt vedkommende er syg på det tidspunkt, da han udtræder af beskæftigelsesforholdet, f. eks. hvis en funktionær bliver syg efter at være opsagt, men inden opsigelsen er blevet effektiv. For så vidt muligt at forebygge, at en sådan person skal stå uden sygehjælp, går forslaget ud på, at han direkte skal kunne overgå til at oppebære dagpenge efter reglerne i forslag I, men dog således, at den tid, i hvilken han har modtaget sygeløn eller dagpenge, f. ragår i den tid, i hvilken han kan oppebære sygedagpenge efter forslagets § 4. Det foreslås som et vilkår for sådan overgang til nærværende system, at han er medlem af sit fags arbejdsløshedskasse. Dette vilkår må anses for naturligt. Er han nemlig medlem af arbejdsløshedskasse og bliver arbejdsløs, ville han være berettiget til arbejdsløshedsunderstøttelse, såfremt han var rask; men er han syg, ville retten til dagpenge bortfalde, og det er som under stk. 1 nævnt alene det af sygdom forårsagede tab af arbejdsløshedsunderstøttelse, som sygedagpengene skal kompensere.

Til § 4.

Stk. 1. Bestemmelsen om, at dagpenge udbetales for 6 dage om ugen, svarer til, hvad der er gældende ifølge sygelønsordningerne og lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring, jfr. dennes § 15 stk. 1, punkt 1. I sygekasserne udbetales dagpenge for alle ugens 7 dage. Det samspil mellem sygedagpenge og arbejdsløshedsunderstøttelse, som er tilstræbt i forslaget, gør det på forhånd naturligt, at sygedagpenge udbetales for

samme dagetal i ugen som arbejdsløshedsunderstøttelse. I sygekasserne kræves der en vis ventetid, 3-7 dage fra sygeanmeldelsen, inden dagpengene begynder at løbe; i øvrigt har kasserne den lidet hensigtsmæssige ordning, at såfremt sygdommen ikke er ophørt ved ventetidsperiodens udløb, ydes der dagpenge fra anmeldelsesdagen. Herved kan medlemmet blive interesseret i at undlade raskmelding til efter ventetidens udløb. I sygelønsordningerne er der en ventetid på 6 dage, og denne er absolut, således at der i intet tilfælde udbetales dagpenge for tiden forud for ventetidens udløb. Forslaget går ind for en tilsvarende ordning. En bestemmelse om ventetid er dels begrundet i den tanke, at de forsikrede må bære en vis *selvrisiko*. Den har derhos stor *finansiel betydning*: Ved at der ikke ydes dagpenge for de første 6 dage af hvert sygdomstilfælde, kan man regne med, at herved halvdelen af samtlige sygdomstilfælde falder uden for forsikringsmæssig dækning. De herved sparede beløb kan anvendes til en bedre hjælp til de langvarigt syge, end det ellers ville være muligt. Endelig har ventetiden *kontrolmæssig betydning*. Vanskelighederne ved at fastslå, om sygdom virkelig har foreligget, gør sig særligt gældende i de kortvarige sygdomstilfælde. Forsøg på at opnå dagpenge med urette er vanskeligere at gennemføre med den foreslåede bestemmelse, da pågældende med en sådan ventetid først vil få dagpengene udbetalt 2 uger efter sygdommens indtræden.

I en forsikringsordning må hjælpen have en vis tidsmæssig begrænsning først og fremmest af hensyn til forsikringens økonomi. I en forsikring med socialt islæt må begrænsningen imidlertid ikke være for snæver. I sygelønsordningerne, der hviler på mere forsikringsmæssigt grundlag, er varigheden 13 uger à 6 dage eller 78 dage i løbet af 12 sammenhængende måneder. Forslaget udvider perioden til 20 uger eller 120 dage og har intet, der svarer til bestemmelsen i sygelønsordningerne, hvorefter der for samme sygdomstilfælde ikke kan ydes dagpenge i mere end 13 uger. Erfaringerne har vist, at det ofte er vanskeligt at afgøre, hvornår man

står over for et nyt tilfælde, og hvornår det drejer sig om genopblussen af et tidligere. I overensstemmelse med gældende praksis med hensyn til den gennem sygekasserne udbetalte barselhjælp går forslaget ud på, at barseldagpenge ikke medregnes i de 120 dage. Derimod anses det for naturligt, at pengehjælp, der forudgående måtte være oppebåret ifølge forslag II, indgår i beregningen af de 120 dage i forslag I (og omvendt). Hjælpen skal beregnes fra den dag, da dagpengene faktisk begynder at løbe, altså normalt fra udløbet af de 6 dages karenstid. Efter forslaget lægges der vægt på, at der skal kunne iværksættes revalideringsforanstaltninger over for langvarigt syge. For at forhindre den situation i at indtræde, at revalideringen ikke er påbegyndt, når de 120 dage er opbrugt, åbner forslaget mulighed for at forlænge dagpengeperioden, indtil revalideringen er iværksat.

Stk. 2. Ligesom i folkeforsikringsloven, jfr. dennes § 21, fastsættes der i forslaget et endeligt maksimum for dagpengehjælp. Dette indtræder, når et medlem hvert år, 3 år i træk, har fået hjælp i 120 dage. Ligesom i folkeforsikringsloven bør der være mulighed for, at et medlem, der endeligt har opbrugt hjælpen, kan generhverve retten til dagpenge. Dette vil efter forslaget kunne ske uden lægeerklæring alene på grundlag af, at pågældende har vist sig i stand til en vis arbejdspræstation. Forslaget forudsætter, at bestemmelserne om fortsat sygekassehjælp i lov om offentlig forsorg §§ 241-246 vil falde bort i forbindelse med gennemførelsen af det her omhandlede lovkompleks.

Til § 5.

Stk. 1. Bestemmelsen om ansøgning om dagpenge svarer til sygelønsordningernes. Det er tanken, at dagpengeordningen skal administreres af sygekasserne og fortsættelsesygekasserne.

Stk. 2. Reglen om fremgangsmåden ved sygemelding er ligeledes udformet med sygelønsordningen som forbillede, navnlig der-

ved, at den i første omgang sker — ikke ved en lægeerklæring - men ved den ansøgendes erklæring på tro og love.

Stk. 3. Lægeerklæring foreslås dog i tilfælde af længere sygdom, og for at forebygge misbrug skal en arbejdsløs præstere lægeerklæring *straks* ved sygemeldingen.

Stk. 4. Omhandler muligheden for, at den sygemeldte behandles med revalidering for øje. Nærmere regler herom forudsættes udarbejdet.

Til § 6.

Paragraffen omhandler forhold, hvorunder dagpenge ikke udbetales, selv om de forudgående bestemmelser i og for sig måtte tillade det.

Stk. 1. Bestemmelsen om bortfald af dagpenge ved sygdom, som pågældende har påført sig forsætligt eller ved grov uagtsomhed, svarer til sygelønsordningens § 4, punkt c. Det er ikke anset for formålstjenligt at have en til sygelønsordningens § 4, punkt d, svarende bestemmelse om, at dagpenge ikke udbetales, når arbejdsudtygheden skyldes dranker sygdomme; dels kan det være vanskeligt at afgrænse drankersygdomme fra andre sygdomme, dels er det efter arbejdsudvalgets formening noget irrationelt specielt at undtage denne defekt fra dagpengeydelse, men f. eks. ikke brug af narkotika, umådeholden spisen o. 1. I øvrigt har landsforeningen Ring i Ring rettet henvendelse til sygeforsikringskommissionen om, at alkoholisme må opnå ligestilling med andre sygdomme, jfr. bilag 5 og 6¹⁶⁾.

Stk. 2. Reglen bør normalt være, at dagpenge ikke kan udbetales under ophold i udlandet, idet kontrol med den syge her ikke er mulig; men der vil dog forekomme tilfælde, hvor dagpenge formentlig bør udbetales under udlandsophold, f. eks. når dette finder sted af helbredsmæssige grunde, eller det drejer sig om danske chauffører, der bliver syge under kørsel i udlandet. De nærmere regler må fastsættes administrativt.

Stk. 3. Bestemmelsen svarer til gældende praksis, men denne foreslås lempet, således at sygedagpenge vil kunne udbetales, selv om et fremtidigt sygdomstilfælde måtte kunne sættes i en vis forbindelse med ulykkestilfældet, når blot sygdommen ikke er en umiddelbar følge af invaliditeten. Der bør herom fastsættes nærmere regler af socialministeren.

Til § 7.

Paragraffen indeholder nærmere administrative bestemmelser om dagpengehjælpens ophør på grund af raskmelding, evt. på grund af tildeling af folke-, invalide- eller enkepension, eller fordi medlemmet har gjort sig skyldig i et svigagtigt forhold eller har vægret sig ved at underkaste sig en hensigtsmæssig behandling. I forbindelse med bestemmelse om evt. ophør af dagpengene ved tildeling af folke-, invalide- eller enkepension foreslås bestemmelser om refusion af dagpengehjælp i pensionen.

Stk. 1. Bestemmelsen i 1. punktum svarer til gældende praksis i sygekasserne. Den øvrige tekst i stk. 1 angår tilfælde, hvor der tillægges en person, som oppebærer dagpenge i medfør af nærværende lov, indtægtsbestemt folkepension, invalide- eller enkepension, jfr. forslagens § 2, stk. 2, punkt 5.

På det her foreliggende område, hvor det drejer sig om en selvstændig dagpengeforsikring med ydelse af betydelige beløb, er det rigtigst, at dagpengeforsikringen har en 1. prioritet i folke-, invalide- eller enkepensionen. Det er i øvrigt tanken, at refusionen til sygekassen *pr. dag* ikke kan overskride det beløb, som vedkommende oppebærer i pension.

Stk. 2. Bestemmelsen, der angår tab af rettigheder, når den pågældende har gjort sig skyldig i uredelighed, svarer til gældende praksis i sygekasserne og i sygelønsordningerne.

Stk. 3. Svarer til gældende praksis i sygekasserne. Bestemmelsen tager dog efter forslaget også sigte på optræning.

Stk. 4. Svarer til praksis i sygekasserne og har navnlig betydning for så vidt angår til-

¹⁶⁾ Se side 249 ff.

fælde, hvor et medlem får erstatning af en skadevolder.

Til § 8.

Stk. 1. Administrationen af dagpengeudbetalingen skal efter forslaget foregå gennem sygekasserne. For så vidt angår sygelønsordningerne træffer et særligt organ, hvori sidder en repræsentant for henholdsvis arbejdsgiverne, arbejderne og sygekasserne, afgørelse af klager fra de implicerede og i de tvistemål, der opstår i forbindelse med den daglige administration af reglerne. De erfaringer, som ikke mindst arbejdsmarkedets repræsentanter sidder inde med, har vist sig at være meget værdifulde ved spørgsmålenes afgørelse. De bevirker, at det pågældende organ har været i stand til hurtigt og på en praktisk måde at afgøre de forelagte spørgsmål. Det anses for overordentlig praktisk, at et efter lignende regler sammensat organ får til opgave på tilsvarende måde at afgøre klager og tvistigheder, som man må forudse vil fremkomme, såfremt lovforslaget gennemføres. Det foreslås, at medlemmerne udpeges af socialministeren, og at direktøren for sygekassevæsenet udpeger udvalgets sekretær, der kan virke som forbindelsesled mellem det foreslåede udvalg og direktøren. Udvalgets afgørelser bør kunne indannes for direktøren, hvis afgørelser efter udvalgets mening skal være endelige. Det bemærkes, at et sådant udvalg vil kunne forebygge, at sygekassedirektoratets personalestab måtte forøges med henblik på afgørelser af de mange klagesager, som ellers ville gå direkte til direktoratet.

Stk. 2. Det foregående stk. omhandler uenighed om afgørelsen af et bestemt tilfælde. Hvor det drejer sig om afgørelsen af spørgsmål af principiel betydning er der ikke i forslaget tiltænkt det i stk. 1 omhandlede udvalg nogen direkte kompetence, men det foreslås, at afgørelsen skal ligge hos direktøren for sygekassevæsenet, som den der har tilsynet med sygekassernes virksomhed i det hele. Direktørens afgørelser af sådanne spørgsmål bør kunne indbringes for socialministeren.

Til § 9.

Paragraffen omhandler bestemmelserne om forsikringsmidlernes tilvejebringelse ved bidrag fra arbejdere og arbejdsgivere og ved tilskud fra staten. Udvalget har ikke ment at kunne tage stilling til, om kommunerne bør yde tilskud.

Stk. 1. Indeholder en almen regel om, hvilke parter det påhviler at deltage i udgiftsdækningen, se iøvrigt bemærkningerne til § 2, stk. 2.

Stk. 2. Det er anset for rimeligt, at såvel arbejderne som arbejdsgiverne - ligesom det nu er tilfældet i sygelønsordningerne - yder bidrag til imødegåelse af udgifterne. Det er dog ikke anset for rimeligt, at de nævnte parter, hvis bidrag dækker hele udgiften ved sygelønsordningerne, også skulle afholde alle udgifterne ved den foreslåede ordning. Medens sygelønsordningerne hviler på en aftale mellem arbejdsmarkedets parter og har et mere forsikringsmæssigt grundlag, indføres nu socialt betonede led. I så henseende kan nævnes, at dagpengehjælpen i forslaget varieres efter forsørgerhensyn, og at der ydes dagpenge til arbejdsløshedsforsikrede personer, som bliver syge i en arbejdsløshedsperiode. Yderligere kan nævnes, at hjælpens varighed udstrækkes fra 78 til 120 dage, og at hjælpens beløb i det hele forhøjes. Under hensyn til dette mere socialt betonede grundlag for dagpengeordningen anses det for rimeligt, at staten yder tilskud. Da arbejderne, såfremt forslaget gennemføres, vil spare de nuværende kontingenter til dagpenge i sygekasserne, anses det for rimeligt, at arbejdernes bidrag forhøjes noget, nemlig til IV2 øre pr. time. Med et bidrag af 2 øre pr. time, for hvilke arbejdsgiveren har udbetalt løn til sine egentlige lønarbejdere, og 1/2 øre pr. arbejdstime for lønarbejderne selv, skulle efter beregningerne i bilaget til indstillingen de to parter tilsammen dække ca. 2/3 af udgifterne, der er anslået til ca. 85 mill. kr. Den resterende del, eller ca. 30 mill. kr., skal efter forslaget - på grund af de nævnte socialt bestemte udvidelser - dækkes af staten. Det er tanken, at dette forhold mellem på

den ene side parternes og den anden side statens bidrag skal opretholdes gennem fornødne ændringer i bidragene, jfr. forslaget § 10, stk. 1.

Stk. 3. Udgifterne til barseldagpenge, der efter de gældende regler bæres af sygekasser og kommuner, har man ikke ment at kunne gøre arbejdere og arbejdsgivere delagtige i. Da udgifterne anslås til et beløb, der er kendeligt større end det, kommunerne nu udreder til barseldagpenge - nemlig anslået 5-6 mill. kr. mod 1,4 mill. kr. - har man ikke ment at kunne foreslå, at kommunerne alene skulle bære denne udgift, men at den bør bæres ligeligt af kommunerne og staten.

Statens samlede tilskud til ordningen kan da anslås til 32,2 mill. kr., kommunernes til 3 mill. kr. og arbejderes og arbejdsgiveres bidrag til ca. 55 mill. kr.

Det bemærkes, at ifølge forslaget § 11 skal statskassen bære udgifterne ved forvaltningen af den fond, hvori midlerne foreslås opsamlet.

Stk. 4-7.1 overensstemmelse med systemet i sygelønsordningerne foreslås det, at arbejdsgiverne tilbageholder arbejdernes bidrag til ordningen i disses løn. Der opnås ved denne fremgangsmåde den bedste sikkerhed for, at alle lønarbejderne kommer til at betale deres bidrag til dagpengeordningen. Ligeledes i overensstemmelse med, hvad der gælder i sygelønsordningerne, går forslaget ud på, at arbejdsgiveren indbetaler sine bidrag sammen med de beløb, han har tilbageholdt i arbejdernes løn, til sygekassernes såkaldte sygelønskontorer.

Det vil sikkert vise sig at være forbundet med betydelige vanskeligheder at få alle arbejdsgivere til at efterkomme denne indbetalingspligt. Mange arbejdsgivere, navnlig de mindre og de, der ikke har skullet indbetale bidrag til sygelønsordningerne, vil antagelig forsømme af egen drift at indbetale bidragene. Det gælder derfor om, at sygelønskontorerne kan komme i forbindelse med de forsømmelige arbejdsgivere. En hjælp herved skulle det være, når det i stk. 4 foreslås, at arbejdsgiverne skal have pligt til efter nær-

mere fastsatte regler at foretage anmeldelse til centralforeningerne. Såfremt en arbejdsgiver ikke betaler, hvad han skal, foreslås der tre udveje: at bidragene inddrives ved udpantning (stk. 6), at der pålægges den forsømmelige bøder (stk. 7), og endelig at han udreder dagpengene for den pågældende (stk. 7).

27/ § 10.

Paragraffen omhandler regulering af bidragene og ændring af dagpengesatserne.

Stk. 1. Idet det forudsættes, at forholdet mellem arbejdernes og arbejdsgivernes bidrag på den ene side og statens tilskud på den anden, skal være nogenlunde konstant, nemlig ca. $\frac{2}{3}$ mod Vs, jfr. § 9, stk. 2, og idet det må forudses, at f. eks. nedgang i beskæftigelsen eller stigning i sygeligheden kan forrykke forholdet, er det anset for nødvendigt, at foreslå regler for en regulering af bidragenes størrelse. De fornødne undersøgelser i så henseende bør foregå med faste mellemrum; måske bør det ske hvert 3. år; men i så fald vil det nok være rigtigst, at den første undersøgelse foretages 2 år efter, at lovforslaget måtte være trådt i kraft, idet grundlaget for forslaget beregninger må være behæftet med stor usikkerhed.

Stk. 2. Ikke blot bidragene, også dagpengesatserne bør kunne tages op til revision, f. eks. hvis lønningerne ændrer sig væsentligt i forhold til, hvad de udgør ved lovforslagets ikrafttræden. Også en ændring af arbejdsløshedsunderstøttelsen vil kunne begrunde, at sygedagpengenes satser tages op til revision.

27/§ 11.

Paragraffen indeholder de nærmere administrative bestemmelser om forvaltningen af de opkrævede bidrag.

Stk. 1-2. Bestemmelsen om, at bidragene overføres til en fond, har sit forbillede i sygelønsordningerne. At den skal bestyres af direktøren for sygekassevæsenet anses for en naturlig konsekvens af forslaget hele administrative opbygning og den omstændighed,

at staten efter forslaget skal dække ca. V3 af udgiften. De nærmere regler om fondens virksomhed foreslås fastsat administrativt, herunder reglerne om overføring af midler fra fonden til de enkelte kasser. Idet det ved udbetaling af dagpengehjælp kan dreje sig om meget betydelige beløb, og idet mange sygekasser er små med stærkt begrænsede midler, forudsættes, at der er almindelig adgang for sygekasserne til af fonden at få anvist à conto forskud til dækning af deres udgifter til dagpenge. Centralforeningerne, sygekasserne og fortsættelsesygekasserne bør have et vederlag for deres administration af ordningen. Det er anset for praktisk, at vederlaget beregnes som en procentdel af de opkrævede arbejdsgiver- og arbejderbidrag. Under hensyn til, at man står uden erfaringer for, hvad administrationen vil koste, foreslås det, at procentdelen fastsættes af socialministeren, hvorved det bliver nemmere at ændre den, end såfremt den er indføjet i loven.

Til § 12.

Det forudsættes, at sygelønsordningerne ophører samtidigt med, at den foreslåede lov måtte træde i kraft.

B. FORSLAG TIL ÆNDRING AF FOLKEFORSIKRINGSLOVEN MED HENBLIK PÅ YDELSE AF DAGPENGE (FORSLAG II).

1. Lovtekst

§ 18 A.

Stk. 1. Medlemmer, der ikke er omfattet af lov nr. af om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, kan sikre sig dagpenge i kassen.

Stk. 2. Medlemmer under 45 år har adgang til at sikre sig dagpenge eller til at få en sikret dagpengehjælp forhøjet. Kassens vedtægt skal indeholde bestemmelser om, at sidstnævnte aldersgrænse kan fraviges i særlige tilfælde.

Stk. 3. Medlemmer, hvem der har været sikret dagpengehjælp i medfør af lov nr.... af ... om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, men som på grund af, at de ophører med at være lønarbejdere, ikke mere er omfattet af denne lov, kan - uden hensyn til alder og helbredstilstand samt uden ventetid efter § 18 C, stk. 1 - sikre sig lovens dagpengehjælp, jfr. § 18 B, såfremt beskæftigelsen som lønarbejder har haft mere end midlertidig karakter (jfr. herved bekendtgørelse af 19. maj 1958 af lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. § 10, stk. 2), og begæring om sikring af dagpengehjælp indgives i umiddelbar tilslutning til arbejdsophøret som lønarbejder.

Stk. 4. Ingen kan sikre sig dagpenge eller få et sikret dagpengebælebø forhøjet under arbejdsudygtighed, der skyldes sygdom, svækkelse eller tilskadekomst, og ej heller under forløbet af en midlertidig sygdom, selv om denne ikke medfører arbejdsudygtighed. Socialministeren fastsætter de nærmere regler herom.

Stk. 5. Når et medlem indgiver begæring om at sikre sig dagpenge eller om at få en sikret dagpengehjælp forhøjet, afgør bestyrelsen, om han skal have adgang hertil, samt om han efter de afgivne oplysninger om sine indtægtsforhold er berettiget til at sikre sig det ønskede beløb. Medlemmet er pligtig at underrette kassen om mere varig nedgang i indtægten.

§ 18 B.

Dagpengehjælp udgør mindst 5 kr. og højst 21 kr. Ingen kan dog sikre sig en større hjælp, end hvad der svarer til $\frac{4}{5}$ af hans sædvanlige arbejdsindtægt. For husmødre uden selvstændigt erhverv kan dagpengehjælpen ikke overstige 8 kr.

§ 18 C.

Stk. 1. Først 3 måneder efter optagelse i dagpengeforsikringen har medlemmet ret til at få dagpenge udbetalt. Samme frist gælder ved forhøjelse af dagpengehjælp.

Stk. 2. Dagpenge udbetales ved fuld arbejdsudygtighed på grund af sygdom eller tilskadekomst, jfr. dog § 18 D, stk. 3, for 6

dage om ugen fra og med den 15. sygedag.

Stk. 3. I barseltilfælde ydes i 14 dage dagpenge af den størrelse, som pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom, jfr. § 18 B. Retten til denne hjælp indtræder først 10 måneder efter optagelse i dagpengeforsikringen.

§ 18 D.

Stk. 1. Dagpengehjælpen i forbindelse med anden pengehjælp, som medlemmet måtte oppebære under sygdom eller i anledning af fødsel, må ikke overstige $\frac{4}{5}$ af den sædvanlige arbejdsindtægt, jfr. § 18 B.

Stk. 2. Så længe et medlem oppebærer dagpenge efter lov nr. af om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, kan han ikke få udbetalt dagpenge efter nærværende lov.

Stk. 3. Hidrører et medlems sygdom fra ulykkestilfælde, i anledning af hvilket han har krav på understøttelse i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, tilkommer der ham ikke dagpenge fra sygekassen; har kassen udbetalt dagpenge for et tidsrum, for hvilket der senere tilstås medlemmet dagpenge i henhold til ulykkesforsikringslovgivningen, skal kassen hos vedkommende ulykkesforsikringssekselskab kræve sine udlæg godtgjort i det medlemmet fra ulykkesforsikringen for samme tidsrum tilkommende dagpengebeløb.

Stk. 4. Indlægges et medlem, der efter reglerne i lovgivningen om indkomstskat til staten ikke anses for forsørger, for kassens regning på sygehus, rekonvalescenthjem m.v., nedsættes dagpengehjælpen med 5 kr. pr. dag.

§ 18 E.

Stk. 1. Er der tilkendt medlemmet invaliditetserstatning i medfør af ulykkesforsikringslovgivningen, kan kassen ikke udbetale dagpenge i anledning af arbejdsudygtighed, som er en umiddelbar følge af samme invaliditet. De nærmere regler herom fastsættes af socialministeren.

Stk. 2. Tillægges der et medlem, der oppebærer dagpenge, invalidepension, indtægtsbestemt folkepension eller enkepension, skal såvel medlemmet som invalideforsikringsretten, henholdsvis vedkommende kommune uopholdeligt give kassen underretning om tilkendelse af pensionen. Kassen skal derefter drage omsorg for en ordning af spørgsmålet om pågældendes fremtidige dagpengesikring, jfr. § 18 B. Beløb, som kassen har ydet pensionisten i tiden mellem den dag, hvorfra pensionen beregnes, og anvisningsdagen, skal så vidt muligt godtgøres den.

Stk. 3. Oppebåret dagpengehjælp kan af kassen kræves tilbagebetalt, når medlemmet ad anden vej får erstatning for sygdommens økonomiske følger.

§ 18 F.

Stk. 1. Kassen kan i tilfælde, hvor medlemmet forsætligt eller ved grov uagtsomhed har påført sig sygdommen, nægte udbetaling af dagpenge.

Stk. 2. Dagpenge kan kun undtagelsesvis udbetales under ophold i udlandet.

Stk. 3. Retten til dagpenge fortabes for resten af den løbende sygeperiode, og udbetalt dagpengehjælp kan kræves tilbagebetalt, såfremt medlemmet på svigagtigt grundlag har ladet sig udbetale dagpenge. I grove tilfælde af svig kan kassen indstille til direktøren for sygekassevæsenet, at medlemmet udelukkes fra adgangen til at oppebære dagpenge i et af direktøren nærmere fastsat tidsrum, der dog ikke må overstige 2 år regnet fra det tidspunkt, da beløbet er tilbagebetalt. I dette tidsrum betales ikke det i vedtægten fastsatte bidrag for dagpengesikring.

Stk. 4. Bestyrelsen kan beslutte, at dagpengehjælpen bortfalder, såfremt medlemmet nægter at lade sig underkaste den for hans helbredelse nødvendige sygebehandling eller den for generhvervelsen af arbejdsevnen hensigtsmæssige optræning.

§ 18 G.

Til sikkerhed for kassens risiko for udbetaling af dagpenge skal kassen være tilslut-

tet en af pågældende centralforening af sygekasser administreret udligningskasse. De nærmere regler for udligningskassernes virksomhed, herunder hvilken andel af risikoen sygekassen kan afgive, fastsættes af socialministeren.

§ 19.

Stk. 1. Dagpenge udbetales i indtil 120 dage i løbet af 12 på hinanden følgende måneder, dog ikke udover i alt 360 dage i løbet af 3 på hinanden følgende regnskabsår. For et medlem, der måtte have oppebåret dagpenge i henhold til lov nr. af om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, indgår denne dagpengehjælp i beregningen. Den i § 18 C, stk. 3, omhandlede dagpengehjælp i anledning af fødsel medregnes ikke. I særlige tilfælde, hvor der er rejst sag om medlemmets revalidering, kan kassen efter forhandling med vedkommende myndighed forlænge dagpengeperioden, dog ikke længere end til revalidering er iværksat, eller pågældende forinden er blevet arbejdsdygtig.

Stk. 2. Når der er forløbet 240 dage, efter at medlemmet endeligt har opbrugt dagpengehjælpen, kan han på vilkårene i § 18 A generhverve adgangen til dagpengesikring. Der bortses herved fra den i § 18 C, stk. 1, nævnte ventetid på 3 måneder, såfremt begæring om dagpengesikring fremsættes straks efter forløbet af de nævnte 240 dage.

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser.

Bestemmelserne om dagpenge i § 18 A-G og § 19 træder i kraft den Samtidig bortfalder retten til at oppebære syge- eller barseldagpenge i medfør af de hidtil gældende bestemmelser. Medlemmer, der havde sikret sig dagpenge i henhold til disse bestemmelser, har dog - forudsat at de ikke er omfattet af lov om dagpenge til lønarbejdere i sygdomstilfælde, og de endnu ikke har ret til dagpenge efter nærværende lov - i sygdoms- eller barseltilfælde ret til at oppebære dagpenge efter de hidtil gældende regler i indtil 6 måneder fra nævnte dato. Medlemmer, der havde sikret sig dagpenge efter de

hidtil gældende bestemmelser, kan derhos i løbet af disse 6 måneder uden hensyn til alder og helbred sikre sig dagpenge efter nærværende lovs bestemmelser.

2. Bemærkninger til lovforslaget

Dette forslag tilsigter en ændring af de bestemmelser om dagpengehjælp i sygdomstilfælde, der findes i folkeforsikringslovens §§ 18, 21 og 22. Forslagets bestemmelser, der angår en adgang, men ikke pligt til at sikre sig dagpenge i sygekasserne, se herom indledningen til bemærkninger til forslag I, tænkes at omfatte alle dele af befolkningen, der

- 1) er selvstændigt nydende medlemmer,
- 2) opfylder visse helbredsmæssige krav,
- 3) ikke har adgang til dagpenge efter forslag I, og
- 4) under sygdom mister eller får forringet en arbejdsindtægt.

Det er dog ikke tanken at udelukke de lønarbejdere fra at tegne dagpengeforsikring efter forslag II, som har et blandet beskæftigelsesforhold som lønarbejdere og selvstændige. Den foreslåede dagpengehjælps maksimum er det samme som i forslag I, 21 kr.; for husmødre foreslås dog et højstebeløb på 8 kr. Bestemmelserne om hjælpens tidsmæssige varighed er udformet som i forslag I, ligesom forslag II i det hele er holdt så nær op ad forslag I som muligt.

Der foreslås dog godt og vel dobbelt så lang ventetid som i forslag I, 14 dage mod 6 dage, og det bestemmes, at retten til dagpenge først indtræder 3 måneder efter, at dagpengehjælp er tegnet.

Forslaget om barseldagpenge svarer til den gældende regel i folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 3, om de første 14 dage efter fødslen.

Til §18 A.

Stk. 1-2. Når der foreslås en øverste aldersgrænse for adgangen til sikring af

pengehjælp, er dette i overensstemmelse med de gældende sygekassevedtægter, efter hvilke der er en sådan øverstegrænse. Denne er dog på 40 år. Når den er foreslået forhøjet til 45 år, er det under hensyn til den i de sidste decennier stedfundne reduktion af en række alvorlige og udbredte sygdommes betydning. Det anses for ønskeligt, at aldersgrænsen ikke er helt fast, men vil kunne forhøjes, f. eks. for kvinder, der som følge af mandens død eller ægteskabets opløsning bliver forsørgere, efter at de er fyldt 45 år. Forslaget herom svarer til gældende praksis ifølge vedtægterne.

Stk. 3. Bestemmelsen tager sigte på de tilfælde, hvor en person ophører at være lønarbejder, fordi vedkommende går over i et andet erhverv eller bliver hjemmearbejdende husmoder; specielt tænkes der på det forhold, at han går over i selvstændigt erhverv. Hans adgang til at oppebære dagpenge efter reglerne i forslag I vil dermed være ophørt, og har han overskredet den i stk. 2 nævnte aldersgrænse for at sikre sig dagpenge efter reglerne i nærværende forslag, ville han stå uden mulighed for at sikre sig sygedagpenge i kassen. Såfremt det i sådanne tilfælde drejer sig om personer, der gennem en ikke helt kort tid har været sikret en lovmæssig dagpengehjælp, ville en sådan konsekvens kunne virke noget ubilligt. Forslaget går derfor ud på, at pågældende skal kunne overgå til dagpenge efter reglerne i forslag II, forudsat at begæring om at overgå til denne dagpengehjælp indgives i umiddelbar tilslutning til, at han ophører at være lønarbejder. Det vil formentlig kunne bestemmes nærmere i sygekassens vedtægt, hvor strengt kravet om en umiddelbart fremsat begæring skal formuleres. Forslagets tankegang er i øvrigt, at oprettelsen af en sådan dagpengeforsikring betragtes som en continuation af det tidligere forhold, og at der derfor kan bortses såvel fra helbredsbetingelserne for tegning af dagpengeforsikring, jfr. forslagets § 18 A, stk. 4, som fra den sædvanligt gældende karenstid, jfr. forslagets § 18 C, stk. 1. Bestemmelsen

har - som anført - sin begrundelse i hensynet til de personer, hvem der har været sikret dagpenge som lønarbejdere gennem ikke helt kort tid; denne forudsætning kommer til udtryk i, at forslagets særlige rettigheder ikke omfatter personer, hvis beskæftigelse som lønarbejdere kun har haft en midlertidig karakter. Kravet om, at beskæftigelsen som lønarbejder ikke må have været rent midlertidig, er i øvrigt begrundet i ønsket om at forebygge, at en selvstændig erhvervsdrivende, der har overskredet 45 års aldersgrænsen i stk. 2, omgår aldersbetingelsen ved proforma at tage beskæftigelse som lønarbejder. Begrebet bør formentlig afgrænses på samme måde, som det er sket ifølge § 10, stk. 2, i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring.

Den tid, i hvilken en i denne bestemmelse omhandlet person måtte have oppebåret dagpenge som lønarbejder, skal efter forslaget medregnes ved opgørelsen af den hjælp, han har ret til efter forslag II, se dettes § 19.

Stk. 4. En frivillig dagpengeforsikring som den her omhandlede må hvile på visse krav i henseende til helbredet hos dem, der ønsker at tegne forsikringen; ellers risikerer man, at forsikringsbestanden i for høj grad kommer til at bestå af personer, der straks efter karenstidens udløb vil begynde at trække på forsikringen. Dette ville gøre forsikringspræmien uoverkommeligt høj. På den anden side bør visse sociale hensyn ikke lades ude af syne, og kravene til helbred og arbejdsevne bør derfor ikke være for strenge. Forslaget går i så henseende ikke i enkeltheder. Det har som forbillede nærmest de regler om helbred og arbejdsevne, der i folkeforsikringslovens § 7 er foreskrevet med hensyn til adgangen til optagelse i sygekasse. (Det forudsættes i forslaget, at helbredsbetingelser for optagelse ikke vil findes i en ny »sygekasseordning«). Nærmere regler bør fastsættes administrativt.

Stk. 5. Bestemmelsens 1. punktum svarer til bestemmelserne i folkeforsikringslovens

§ 10, stk. 2. Bestemmelsen i 2. punktum hviler på den forudsætning, at kassens ledelse ikke skal have pligt til selv at undersøge, om den af medlemmet sikrede dagpengehjælp måtte være for høj i forhold til hans indtægt, se § 18 B, 1. punktum; kassen bør dog, hvis den finder det påkrævet, undersøge forholdet nærmere. Pligten til at underrette kassen om indtægtsnedgang skal efter forslaget påhvile alene den forsikrede selv; det er dog anset for tilstrækkeligt, at han anmelder mere varig nedgang.

Til § 18 B.

Forslagets bestemmelser om dagpengehjælp må sammenholdes med reglerne i forslag I, § 1¹⁷⁾; maksimum for dagpengehjælp er ens i de to systemer; for husmødre uden selverhverv foreslås et lavere maksimum. Med hensyn til personer, der oppebærer folke-, invalide- eller enkepension henvises til bemærkningerne til forslag I, § 2, stk. 2, gr. 5¹⁸⁾. Forslag II afviger fra forslag I derved, at førstnævnte giver mulighed for, at medlemmet inden for maksimum kan sikre sig forskellige satser, dog ikke under 5 kr. Dette system svarer til, hvad der nu gælder ifølge folkeforsikringsloven, jfr. dennes § 18, stk. 1, nr. 3, og sygekassevedtægterne, jfr. disses S 8, nr. 3, og må anses for naturligt i et frivilligt forsikringssystem. Det er tanken, at sygekassevedtægten — ligesom nu — skal angive, hvilke satser der kan tegnes dagpengesikring efter.

Husmødre uden erhverv har intet selvstændigt indtægtstab, når de er syge, og de skulle derfor ud fra erstatningsprincippet være udelukket fra at sikre sig sygedagpenge. Imidlertid er forholdet, at sådanne husmødre efter de gældende sygekassevedtægter har ret til at sikre sig dagpenge på linie med kassernes andre medlemmer; dog bestemmes det i nogle kasser, at husmødre uden selvstændig erhvervsindtægt ikke kan sikre sig dagpenge over et vist beløb, 1-3 kr.

På denne historiske baggrund er det anset for overvejende betænkeligt at nægte de på-

gældende husmødre adgang til at sikre sig en vis dagpengehjælp. En sådan ordning vil i øvrigt mere formelt end reelt være et brud på »erstatningsprincippet«, idet det må være berettiget at opretholde det synspunkt, som hidtil er lagt til grund ved sygekassernes udbetaling af dagpenge til hjemmевærende husmødre, nemlig at den formindskelse af husmoderens arbejdskraft i hjemmet, der indtræder, når husmoderen bliver syg, reelt har en vis ligestilling med det direkte løntab, som sygdom påfører en lønarbejder.

Imidlertid er det erkendt, at det er meget vanskeligt at føre kontrol med, om sygemeldte husmødre virkelig er arbejdsudygtige på grund af sygdom. Sygekasserne har i deres vedtægter forsøgt at forebygge misbrug på dette område ved en bestemmelse i vedtægterne om, at der almindeligvis ikke ydes kvinder uden selvstændigt erhverv dagpenge, medmindre de er sengeliggende. Denne regel har det dog vist sig vanskeligt at praktisere. Forslaget indeholder ingen direkte kontrolforskrifter angående dette forhold (det forudsættes, at kontrolregler af mere administrativ art ligesom nu vil være fastsat i sygekassernes vedtægter). Imidlertid vil den i forslagens § 18 C, stk. 2, omhandlede karenstid på 14 dage (altså mere end det dobbelte af ventetiden ifølge forslag I) betyde, at kun de virkelig alvorligt syge overhovedet kommer i betragtning, og alene denne stærke begrænsning i de sygemeldtes tal vil reducere faren for misbrug. Et andet forebyggende moment ligger formentlig deri, at dagpengehjælpens maksimum for husmødre foreslås så lavt som til 8 kr.; man skønner, at faren for misbrug stiger i forhold til den sikrede dagpengehjælps størrelse, og at dette maksimumsbeløb er så lavt, at det ikke i videre grad vil friste til forsøg på at misbruge forsikringen.

Til § 18 C.

Stk. 1. En forsikring, der hviler på regler som her foreslået, således at man kan søge optagelse deri selv i en mere fremskreden alder og blive accepteret på meget lempelige vilkår i henseende til helbred, løber en be-

¹⁷⁾ Se side 204.

¹⁸⁾ Se side 212.

tydelig fare for at blive misbrugt af personer, der søger optagelse på tidspunkter, hvor de frygter, at de skal blive syge. Til forebyggelse heraf kræves der almindeligvis forløbet af en karenstid, førend forsikringens ydelser træder i kraft. Ved optagelse i sygekasse som nydende medlem er karenstiden 6 uger; men i de særlige tilfælde, hvor pågældende er optaget i sygekasse som bidragydende medlem, er der ved overgang til nydende medlemsret fastsat en ventetid på V2 år. Denne lange ventetid skyldes den særlige fare for misbrug, der består i, at et sådant medlem til enhver tid har ret til at lade sig overføre til nydende medlemsret og derfor har mulighed for at gøre dette, når han er syg, og lade sig tilbageføre til bidragydende medlemsret, når han atter er rask. En tilsvarende fare består på det her omhandlede område, frivillig sikring af dagpenge, omend knapt så udtalt, fordi der dog stilles visse helbredsmæssige krav ved tegning af dagpenge (eller forhøjelse deraf). Der bør derfor være en lang ventetid - omend det ikke er anset for nødvendigt at gøre den så lang som 6 måneder, idet en sådan meget lang ventetid kan frygtes at afskrække helt fra sikring af dagpenge, hvad der fra et socialt synspunkt ikke ville være ønskeligt.

Stk. 2. Om bestemmelsen henvises til forslag I, § 1, stk. 1, og § 4, stk. 1¹⁹⁾, og til bemærkningerne til § 18 B om ventetid ved ydelse af dagpenge²⁰⁾. En ventetid på 14 dage vil som berørt i bemærkningerne til § 18 B betyde, at der ikke skal ydes hjælp til over halvparten af samtlige sygdomstilfælde. Som ligeledes berørt har bestemmelsen betydning med hensyn til forebyggelse af misbrug, men derhos tjener den i høj grad til at billiggøre ordningen, således at denne skulle kunne gennemføres for ret let overkommelige præmier i forbindelse med et statstilskud som efter forslag I.

Stk. 3. Bestemmelsen svarer til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 3.

¹⁹⁾ Se side 209 og 213.

²⁰⁾ Se side 222.

Til § 18 D.

Stk. 1. Svarer til forslag I, § 1, stk. 3, 2. punktum.

Stk. 2. Svarer til forslag I, § 1, stk. 3, 1. punktum.

Stk. 3. Svarer til forslag I, § 1, stk. 4.

Stk. 4. Svarer til forslag I, § 1, stk. 2.

Til § 18 E.

Stk. 1. Svarer til forslag I, § 6, stk. 3.

Stk. 2. Svarer til forslag I, § 7, stk. 1.

Stk. 3. Svarer til forslag I, § 7, stk. 4.

Til § 18 F.

Stk. 1. Svarer til forslag I, § 6, stk. 1.

Stk. 2. Svarer til forslag I, § 6, stk. 2.

Stk. 3. Svarer til forslag I, § 6, stk. 3; dog er der, da det her drejer sig om frivillig forsikring, bestemt, at der ikke betales bidrag for tidsrum, i hvilket den forsikrede måtte være udelukket fra at få dagpenge.

Stk. 4. Svarer til forslag I, § 7, stk. 3. Bestemmelsen vil være overflødig specielt for dagpengehjælp, såfremt en ny »sygekasselov« indeholder en sådan bestemmelse for kassens ydelser i det hele.

Til § 18 G.

Bidraget for dagpengesikringen forudsættes fastsat for hver enkelt kasse under hensyntagen til dennes særlige status, på samme måde som det er tilfældet i sygekasserne i øjeblikket. Imidlertid bør det ved direktørens godkendelse af sygekassernes kontingentsatser tilstræbes, at kontingenterne for dagpenge afviger så lidt som muligt fra kasse til kasse. Da mange kasser har et så begrænset medlemstal, at en forsikringsmæssig fordeling af risikoen ikke er mulig inden for kassen, må der være mulighed for, at i hvert fald en del af risikoen - og man har nærmest tænkt sig, at det skulle være halvdelen - kan afgives til en form for genforsikring. I modsat fald ville den enkelte kasses økonomi blive alt for ustabil, og voldsomme kontingentforhøjelser ville blive nødvendige, såfremt blot nogle få medlemmer på de højere satser samtidigt var syge i længere tid. På den

anden side kunne man frygte, at kasserne ville blive for lidt interesseret f. eks. i en effektiv kontrol med de sygemeldte, såfremt hele risikoen kunne genforsikres.

Da sygekassernes centralforeninger i forvejen har beskæftiget sig med genforsikringer i anledning af udgiften ved tuberkulose- og sindssygebehandling, er det anset for naturligt at knytte den foreslåede genforsikring af dagpengeudgiften til centralforeningerne.

Til § 19.

Stk. 1. Svarer til forslag I, § 4, stk. 1.

Stk. 2. Svarer til forslag I, § 4, stk. 2, men tillempt efter, at der ifølge nærværende forslag gælder særlige helbredsbetainger for adgangen til at tegne dagpengeforsikring. I overensstemmelse med gældende praksis — ifølge sygekassernes vedtægter fritages et medlem, der generhverver nydende medlemsret i henhold til folkeforsikringslovens § 21, stk. 3, for den sædvanligt gældende ventetid - foreslås det, at 3 måneders ventetiden bortfalder ved generhvervelse af dagpengeret. Dette bør dog kun gælde, såfremt medlemmet søger generhvervelsen, så snart den fastsatte tidsfrist er forløbet; sker det derimod på et af medlemmet valgt vilkårligt tidspunkt, består der en fare for, at generhvervelsen er søgt netop på et tidspunkt, hvor pågældende nærer uro for sin helbredstilstand, og i så fald bør den normale regel om 3 måneders ventetid være gældende.

Til ikræfttrædelses- og overgangsbestemmelser.

Fra det tidspunkt, da de foreslåede regler måtte træde i kraft, må hovedreglen være, at de hidtidige regler samtidig ophører at gælde; ellers ville der samtidig kunne oppebæres dagpenge efter de gamle og de nye bestemmelser. Der må dog gøres en undtagelse fra denne hovedregel: nemlig for de medlemmer, der på det tidspunkt, da de nye bestemmelser træder i kraft, oppebærer dag-

penge efter de gamle regler. Lønarbejdere overgår umiddelbart til at oppebære dagpenge efter den nye ordning for lønarbejdere, såsnart denne træder i kraft. Da de af forslag II omfattede medlemmer ikke umiddelbart kan overgå til at oppebære dagpenge efter de nye regler (idet de først må tegne en sikring efter de fremtidigt for sådan sikring gældende regler), ville disses dagpengehjælp pludseligt blive afbrudt, såfremt der ikke skabes en speciel hjemmel til, at de kan fortsætte med at oppebære dagpenge efter de gamle regler. Forslaget går derfor ud på, at de medlemmer, som oppebærer dagpenge efter folkeforsikringslovens regler på det tidspunkt, da de nye regler træder i kraft, og som ikke fra dette tidspunkt har ret til dagpenge efter reglerne gældende for lønarbejdere (forslag I), kan fortsætte med at oppebære dagpenge efter de gamle regler i indtil 6 måneder, dog længst til de er raskmeldte, eller en dagpengesikring efter de nye regler er trådt i kraft.

Forslaget går derhos ud på, at medlemmerne i de første 6 måneder efter de nye regler ikrafttræden skal have adgang til at tegne dagpenge efter de nye bestemmelser uden hensyn til de i øvrigt gældende alders- og helbredsbetainger. Denne lempelse bør dog kun komme de medlemmer til gode, som havde sikret sig dagpenge efter de gamle regler. Medlemmer, der ikke havde sikret sig dagpenge efter disse regler, har efter forslaget vel ret til at tegne dagpenge efter de nye regler, men kun, såfremt de opfylder de sædvanlige alders- og helbredsbetainger. Når dagpenge er tegnet efter de nye regler, gælder for adgangen til disse bestemmelser i forslagets § 18 C, stk. 1, om 3 måneders ventetid. I den del af disse 3 måneder, der måtte falde inden for det fornævnte tidsinterval af 6 måneder, vil der efter forslaget kunne oppebæres den dagpengehjælp, pågældende havde sikret sig efter de gamle regler.

XL BILAG TIL UNDERUDVALGETS BETÆNKNING

BILAG I. BEREGNING AF UDGIFTERNE VED FORSLAG I²¹⁾

Antal sygedage

Sygedage for lønarbejdere i hovedorganisationernes sygelønsordning, 1957	Beregnet antal sygedage, når dagpengeperioden forlænges fra 78 arbejdsdage til 120 arbejdsdage (+ 11%)
Mænd 3,8	Mænd 4,22
Kvinder 7,6	Kvinder 8,44
Ungarbejdere 1,7	Ungarbejdere 1,90

Antal lønarbejdere omfattet af lovforslaget

	Mænd	Kvinder	Tilsammen
Forsørgere	469.000	19.000	488.000
Ikke-forsørgere	158.000	189.000	347.000
	<u>627.000</u>	<u>208.000</u>	<u>835.000</u>

Samme tal, når ungarbejderne udskilles som særlig gruppe

	Mænd	Kvinder	Tilsammen
Forsørgere	469.000	19.000	488.000
Ikke-forsørgere	146.000	174.000	320.000
Ungarbejdere	12.000	15.000	27.000
	<u>627.000</u>	<u>208.000</u>	<u>835.000</u>

Udgift

Forsørgere

Mænd	469.000 à 4,22 sygedage = 1.979.000 sygedage á 21,— kr. =	41.559.000
Kvinder	19.000 » 8,44 » = 160.000 » » 21,— » =	3.360.000
		<u>44.919.000</u>

Ikke-forsørgere

Mænd	146.000 » 4,22 » = 616.000 » » 16,— » =	9.856.000
Kvinder	174.000 » 8,44 » = 1.469.000 » » 16,— » =	23.504.000
		<u>33.360.000</u>

Ungarbejdere	27.000 » 1,90 » = 51.300 » » 8,— » =	410.000
Dagpenge ialt		78.689.000
Administration (beregnet som 8% af arbejder- og arbejdsgiverbidrag)		4.416.000
		<u>83.105.000</u>

²¹⁾ Se side 199 ff.

Indtægt

835.000 arbejdere ÷ (f.eks.) 10% arbejdsløse = c. 751.000 arbejdere å 2.100 timer årlig = 15.771.000.000 timer årlig

Arbejdsgiverne.	15.771.000.000 timer à 2 øre =	31.542.000 kr.
Arbejderne.	15.771.000.000 timer à 1½ øre =	23.657.000
Arbejdere og arbejdsgivere ialt.		55.199.000
Staten (ca. 1/3 af udgiften 83.105.000 kr.).		27.906.000
	Tilsammen	<u>83.105.000</u>

Barseldagpenge

Antallet af tilfælde, i hvilke der er udbetalt barseldagpenge i henhold til folkeforsikringslovens § 19, stk. 1, nr. 4 og 5 og stk. 2: ca. 3.500 à 60 dage.

Antallet anslås rent skønmæssigt forøget til 5.000 og antallet af dage til 75 pr. tilfælde. Dette vil give 375.000 dage i 16 kr.²²⁾, eller som samlet anslået udgift ca. 6 mill. kr.

BILAG 2. UDTALELSE OM BARSELHVILE²³⁾

København, den 2. februar 1959.

DIGSHOSPITALET
RIGSHOSPITALET

Fødeafdeling B og Gynækologisk afdeling M.
Juhane Manesvej 14, Ø.

TIL SYGEFORSIKRINGSKOMMISSIONEN AF 1954

Underudvalget vedrørende dagpengespørgs-
målet,

Direktør Alice Bruun,
Sygekassedirektoratet,
Amaliegade 25, K.

Som svar pa underudvalgets skrivelse af 21 november f. å. med anmodning om udtalelse om barselhvilens længde og om hensigtsmæssigheden af en ordning, hvorefter al hjælp vil kunne ydes efter og ingen del heraf før fødslen, skal jeg bemærke følgende: E.

Barselhvile før fødslen er fra et obstetrisk

synspunkt en overordentlig nyttig foranstaltning, idet erfaringen har vist, at mangfoldige ulemper og større eller mindre risici for moderen undgås ved aflastning af kvinden et stykke tid før fødslen. Men tillige er en sådan aflastning et rationelt middel til undgåelse af for tidlige fødsler, hvorved bemærkes, at hyppigheden af for tidlige fødsler og den deraf følgende børnedødelighed her i landet er høj, særlig i København og i befolkningsgrupper som f. abrikarbejdere og lign. For at aflastningen skal have væsentlig effekt, må den sætte ind allerede på et tidspunkt, hvor barnets levedygtighed er ringe, d. v. s. mindst fra 8 uger før fødslen.

Barselhvile efter fødsel tjener til restitution af moderen og til at begunstige amningen. Forholdet er desværre det, at en høj E.
nt af mødre, der kort efter fødslen
ammer deres børn, hører hermed j løbet
af det første måneder. En barselhvile
å mindst 12 for ammende mødre ville
derfor være hensigtsmæssig.

Brands *trup*
overaccoucheur.

XII. HOVEDKOMMISSIONENS DRØFTELSE

1. Kommissionen kan tiltræde den af underudvalget foreslåede afgrænsning af de

befolkningsgrupper, der skal henhøre under henholdsvis den tvungne og den frivillige dagpengeforsikring.

2. Endvidere er kommissionen indforstået

²²⁾ Enkelte vil som forsørgere få 21 kr.

²⁸⁾ Se side 197.

med, at en nyordning for lønarbejderne tilvejebringes ved, at *den nuværende sygelønsordning* indarbejdes i den foreslåede lov om dagpenge til lønarbejdere, medens der for andre end lønarbejdere foretages en ændring af *folkeforsikringslovens* dagpengebestemmelser.

3. For så vidt angår *dagpengehjælpens størrelse*, kan et flertal i kommissionen tilslutte sig underudvalgets forslag, medens et mindretal (Elmquist) har gentaget sit i underudvalget fremsatte forslag om en lavere dagpengesats for kvindelige lønarbejdere.

To medlemmer (Edel Saunte og Ayoë Herbøl) har beklaget, at der inden for den frivillige forsikring sættes et maksimum for husmødre på 8 kr.

4. Kommissionen har drøftet underudvalgets forslag om begrænsning af *dagpengehjælpens varighed* og har givet udtryk for enighed med udvalget om, at der må være en tidsmæssig begrænsning i en sygedagpengeordning. Dette er begrundet såvel i hensyn til finansieringen som i hensynet til at hindre, at langvarigt syge skulle fristes til at indstille sig på en eksistens alene ved hjælp af sygedagpengene.

Kommissionen har drøftet det problem, som opstår for de personer, som endnu er syge, når dagpengehjælpens tidsmæssige udstrækning ophører, og for hvem forholdene ikke ligger så klart, at de skal have invalidepension. Kommissionen har overvejet de muligheder, der måtte være for at afhjælpe de pågældendes behov for en fortsat hjælp. Man har således overvejet muligheden for, at der, for så vidt angår disse specielle tilfælde, opstilles regler for, at der under visse vilkår kunne dispenseres fra varighedsbegrænsningen.

Et enkelt medlem (F. M. Hartmann) har i så henseende foreslået, at dispensation skulle kunne gives, når der er tale om uarbejdsdygtighed på grund af en fortløbende sygdom, for hvilken patienten er under behandling, og som hører til en af de grupper af sygdomme, der erfaringsmæssigt kræver

behandling ud over 120 dage. Disse grupper skulle nærmere fastsættes af direktøren for sygekassevæsenet efter forhandling med sundhedsstyrelsen. Ved speciallægeerklæring skulle det fastslås, at sygdommen har den omtalte karakter, og at fortsat uarbejdsdygtighed er til stede.

Fra lægelig side i kommissionen er vanskelighederne ved at udskille bestemte sygdomme som kriterium for meddelelse af dispensation påpeget. Selve tanken om, at der bør være dispensationsmulighed, kunne man dog fra lægelig side give tilslutning, forudsat at dispensationerne kommer under fornøden lægelig kontrol; denne bør ikke alene være lagt i hænderne på speciallæger.

Angående det reelle indhold af en dispensationsmulighed har retsformand Hartmann foreslået, at der skulle åbnes mulighed for, at medlemmet kan oppebære dagpenge i indtil 240 dage i en tidsfølge af 12 måneder *enten* således, at den af dagpengeudvalget foreslåede maksimale begrænsning til 360 dage i løbet af 3 år opretholdes, *eller* således, at den udvidede hjælp refunderes kasserne af det offentlige, hvorved man undgår, at dispensationen gør indgreb i pågældendes maksimale dagpengebeløb.

Af nogle medlemmer af kommissionen er der givet udtryk for betænkelighed ved i det hele taget at foreslå en dispensationsordning; man har herved anført, at den vil være vanskelig at praktisere og dyr at administrere. Derhos frygtes, at en dispensationsordning vil kunne undergrave de stipulerede dagpengeperioder og derigennem få på forhånd usikre økonomiske og kontrolmæssige konsekvenser. Fra flere sider er der taget afstand fra tanken om, at en forlængelse af varighedsperioden skulle ske på bekostning af medlemmets maksimale dagpengehjælp, 360 dage i løbet af 3 år.

Kommissionen peger på følgende muligheder for kontant hjælp til personer, der ved ophøret af 120 dages dagpengehjælp fortsat er uarbejdsdygtige og under sygebehandling:

- 1) en dispensationsordning, hvorved sygekassens eller fortsættelsesygekassens

- hjelpeperiode forlænges, men således at dagpengeordningen ikke belastes finansielt,
- 2) en særhjælp ydet af kommunen efter transbedømmelsen af det enkelte tilfælde,
 - 3) en form for midlertidig invalidepension i tiden, indtil egentlig invalidepension måtte kunne tilkendes.

Det er kommissionen bekendt, at socialministeren overvejer at fremsætte forslag til en lov om revalidering, samt at den af socialministeren nedsatte invalideforsikringskommission er ved at afgive sin betænkning, og kommissionen henstiller derfor, at det rejste problem finder sin løsning i forbindelse med gennemførelse af en lovgivning på de nævnte områder.

3. Kommissionen finder intet at indvende imod den foreslåede *karenstid* på 6 dage inden for den tvungne dagpengeforsikring og 14 dage inden for den frivillige.

Kommissionen har drøftet spørgsmålet om tidsproblemerne for karenstidens begyndelse og er nået til det resultat, at den dag, sygdommen er indtrådt, må regnes med, med mindre den pågældende har fået fuld løn for denne dag.

Kommissionens flertal finder det nødvendigt at operere med en længere karenstid inden for den frivillige forsikring, dels på grund af de bestående vanskeligheder ved at gennemføre en effektiv kontrol for disse befolkningsgrupper, dels for at gøre forsikringen mod længere varende sygdom så billig som mulig.

Et medlem (Johs. Christiansen) ønsker opmærksomheden henledt på de særlige forhold, som må antages at gælde navnlig for mindre erhvervsdrivende i forbindelse med en karenstid på 14 dage.

6. Kommissionen kan tiltræde, at dagpenge kun kommer til udbetaling til *nydende medlemmer af en sygekasse eller en fortsættessygekasse*.

7. Kommissionen er indforstået med, at invalidepensionister og personer, der oppe-

bærer *folkepensionens* mindstebeløb, omfattes af den tvungne forsikring, såfremt de har indtægt som lønarbejdere, og at folkepensionister med indtægtsbestemt folkepension samt kvinder med enkepension falder uden for lønarbejdernes dagpengeordning, medens alle grupper af pensionister skal have mulighed for at tegne frivillig forsikring efter de almindelige regler herom.

8. Endvidere kan kommissionen tilslutte sig underudvalgets forslag vedrørende *barseldagpenge*, således at disse, for så vidt angår lønarbejderordningen, ydes til nydende medlemmer af såvel sygekasse som fortsættessygekasse.

9. Med hensyn til *dag pengeordningens administration* har sygekassernes repræsentanter bemærket, at de indkomne bidrag næppe bør anvises direkte fra direktoratet for sygekassevæsenet til de enkelte kasser, idet det vil være hensigtsmæssigt at ordne forholdene således, at direktoratet anviser beløbene til centralforeningernes sygelønskontorer. Direktøren for sygekassevæsenet har anset det for rigtigst, at dette spørgsmål henskydes til afgørelse i forbindelse med den endelige tilrettelæggelse af administrationen af dagpengeordningen.

10. 4 medlemmer (Mørk, Krogh, Johs. Christiansen og Ayoë Herbøl) har taget forbehold med hensyn til den foreslåede *finansieringsordning*. Finansministeriets repræsentant i kommissionen forbeholder sig finansministeriets stilling til de finansielle forhold som helhed.

11. Et *mindretal* (Erik Ninn-Hansen) har henvist til, at den foreslåede ordning, for så vidt angår dagpenge til lønmodtagere, stiller krav om medlemsskab af sygeforsikringen som en forudsætning for udbetaling af dagpenge. Dette krav er ikke foreneligt med mindretallets forslag (i kapitel 6²⁴)) om, at sygeforsikringen skal bygge på frivillighed, og da forslaget i øvrigt indeholder vidtgående økonomiske konsekvenser, herunder en betydelig udgift for statskassen, kan mindretallet ikke tilslutte sig forslaget.

²⁴⁾ Se side 65 f.

KAPITEL 14

RESUME

I det følgende gives et kortfattet resumé af resultatet af kommissionens drøftelser. Det bemærkes, at dette resumé kun indeholder hovedlinierne i betænkningen og ikke må opfattes som en egentlig redegørelse for kommissionens arbejde, idet der herom henvises til de enkelte kapitler i betænkningen. I særlig grad gælder dette kapitlerne 11-13 om sygeforsikringens ydelser, om fri befordring og om dagpenge under sygdom.

For flere spørgsmåls vedkommende (f. eks. med hensyn til sygekassegrænsens opretholdelse eller dens placering og med hensyn til en række organisatoriske spørgsmål) er der stillet flere forskellige forslag eller afgivet en eller flere mindretalsudtalelser.

Som baggrund for kommissionens forslag giver betænkningen indledningsvis i dens kapitler 2, 3 og 4 redegørelser for sygeforsikringens *historiske udvikling* her i landet, for de *gældende regler* om hjælp under sygdom m. m. og for en række *udenlandske ordninger*.

Som omtalt i det indledende kapitel 1 har kommissionen ved sine drøftelser opstillet en *række hovedspørgsmål*, der behandles i hvert sit af kapitlerne 5-13. I det følgende angives kapiteloverskrifterne for hvert af disse kapitler med det derpå følgende resumé af resultatet af drøftelserne.

Statens eller kommunernes overtagelse af sygeforsikringen (kapitel 5).

Der har været enighed i kommissionen om ikke at foreslå, at staten eller kommunerne

overtager sygeforsikringen, men at denne fremdeles bør opbygges på økonomisk og administrativt selvstændige sygeforsikringsorganer, som kontrolleres af det offentlige. I en mindretalsudtalelse fra et af medlemmerne peges dog på, at den folkelige baggrund for sygekassernes virksomhed efter dette medlems opfattelse næsten er forsvundet, og at dette kan medføre en udvikling i retning af, at kommunerne helt må overtage administrationen af sygekassernes hidtidige virksomhed. Et andet medlem har i tilslutning hertil peget på, at forudsætningen for, at medlemsinteressen styrkes, efter hans opfattelse bl. a. må være, at sygekasserne i højere grad tager opgaver op, som kalder på lokalt initiativ, herunder bl. a. sygdomsforebyggende opgaver.

Frivillig eller tvungen ordning (kapitel 6).

Der har været overvejende enighed i kommissionen om, at sygeforsikringen fremdeles bør være frivillig i den forstand, at der ikke indføres en almindelig pligt til nydende medlemsskab. Et mindretal på et medlem stiller forslag om en frivillig ordning med ophævelse af sygekassegrænsen. Et mindretal på 2 medlemmer er principielt tilhænger af en tvungen (automatisk) ordning.

I forbindelse med spørgsmålet om frivillighed foreslår kommissionen, at folkeforsikringslovens regler om, at adgangen til indtægtsbestemt folkepension er betinget af medlemsskab af den offentlige sygeforsikring, ophæves, og kommissionen udtaler, at

den ikke anser forbindelsen mellem syge- og invalideforsikringen for at være en nødvendighed af hensyn til sygeforsikringen.

**Helbreds- og aldersbetingelser
for optagelse i den offentlige sygeforsikring.
Begrænsningen i varigheden af
sygeforsikringens ydelser (kapitel 7).**

Kommissionen foreslår, at alders- og helbreds-betingelserne for optagelse i den offentlige sygeforsikring ophæves. På det tidspunkt, da børns dækning gennem forsørgerens sygeforsikring ophører, skal indmeldelse kunne ske uden videre uanset pågældendes helbred. Af hensyn til udgifterne ved, at der eventuelt først på et senere tidspunkt sker indmeldelse som nydende medlem, foreslår kommissionens flertal — på baggrund af ordningens frivillighed - at det hidtidige bidragydende medlemsskab opretholdes, men at bidraget forhøjes væsentligt, således at provenuet anses som en afgift, der tilfalder syge- og fortsættelsesygekasserne som vederlag for retten til senere optagelse uanset helbred og alder. Herudover opretholdes den gældende bestemmelse om en vis karenstid ved en sådan senere overgang til nydende medlemsret. I forhold til den nuværende ordning med bidragydende medlemsskab foreslås det, at slettelse ikke skal kunne finde sted, idet det offentlige overtager risikoen for, at de bidragydende medlemmers kontingenter ikke indgår. Udmeldelse efter opnåelse af en vis alder skal heller ikke kunne finde sted, og efter kommissionens forslag vil der derfor ikke mere kunne forekomme en definitiv fortabelse af adgangen til at blive nydende medlem.

Et medlem af kommissionen foreslår i en mindretalsudtalelse, at pligten til bidragydende medlemsskab skal bortfalde for personer, som under visse nærmere angivne betingelser har forsikret sig i et privat sygeforsikringselskab.

I en mindretalsudtalelse lægger et medlem af kommissionen afgørende vægt på, at en frivillig ordning opretholdes, og tager afstand fra forslaget om pligten til bidrag-

ydende medlemsskab; mindretallet kan derfor ikke medvirke til forslaget om pligt til betaling af et årligt kontingent som bidragydende medlem på 24 kr., men foreslår, at pligten til bidragydende medlemsskab ophæves.

I forbindelse med de nævnte forslag foreslår kommissionen, at den periode, hvori børn dækkes af deres forældres forsikring, forlænges til det 16. år, medens indmeldelse som selvstændigt medlem fremdeles bør kunne finde sted fra det 14. år. Det foreslås endvidere, at spørgsmålet om, hvorvidt et barn under 18 år ved selvstændig indmeldelse skal optages i en sygekasse eller i en fortsættelsesygekasse, fremtidig i alle tilfælde udelukkende skal afgøres efter barnets egne økonomiske forhold.

Kommissionen foreslår, at den hidtidige begrænsning i varigheden af sygeforsikringens ydelser ophæves.

Sygekassegrænsen (kapitel 8).

Kommissionens flertal er gået ind for at opretholde en sygekassegrænse. Et mindretal på tre medlemmer ville principielt have fundet det ønskeligt, at sygekassegrænsen blev ophævet, og at der i stedet oprettedes en automatisk sygeforsikringsordning for alle, jfr. foran kapitel 6, men kan subsidiært tiltræde det i kapitel 9, jfr. resuméet nedenfor, af et mindretal stillede forslag om, at fortsættelseskasserne indgår i sygekasserne. Et medlem af kommissionen kan ikke medvirke til flertallets forslag, men stiller forslag om, at sygekassegrænsen ophæves, og at der udarbejdes en lovgivning, der bygger på befolkningens frie ret til at vælge, om den ønsker at forsikre sig imod sygdom, og hvorledes den ønsker denne sikring; mindretallet foreslår herved bl. a., at alle personer over 15 år skal have ret til uanset økonomiske forhold at være medlem af en anerkendt sygekasse, medens de, som ikke ønsker sådant medlemsskab, frit skal kunne indmelde sig i de kasser, der efter en nyordning måtte træde i stedet for de nuværende fortsættelsesygekasser, såvel som i en privat sygeforsikring.

Kommissionens flertal finder ikke, at der bør foretages en generel sænkning af indtægtsgrænsen, hvilket derimod foreslås af et mindretal, bestående af fire af kommissionens medlemmer. Der er enighed i kommissionen om at foreslå fastsat en lavere grænse for enlige end for forsørgere og om at foreslå børnetillægget til sygekassegrænsen forhøjet. Endvidere foreslås aldersgrænsen for beregning af børnetillægget til sygekassegrænsen forhøjet til det 16. år.

Et flertal inden for kommissionen foreslår formuegrænsen ophævet, medens et mindretal på tre medlemmer afviser dette forslag, og et andet mindretal på et medlem foreslår formuegrænsen forhøjet.

Kommissionen udtaler iøvrigt, at indtægts- og formuegrænser uden for sygeforsikringens område efter dens opfattelse fremtidig bør fastsættes på et selvstændigt grundlag uden henvisning til sygekassegrænsen.

Administrative og organisatoriske spørgsmål (kapitel 9).

Kommissionen foreslår, at det i loven fastslås, at der fremtidig for hver kommune kun kan godkendes én sygekasse, dog at Statsbanepersonalets sygekasse fremdeles bør kunne virke over hele landet.

Det foreslås, at $\frac{1}{4}$ - dog mindst 2 - af sygekassernes bestyrelsesmedlemmer udpeges af kommunalbestyrelsen, dog med de fornødne særregler for Københavns kommunes vedkommende.

Kommissionen har været opmærksom på behovet for samordning af den virksomhed, der udøves af forskellige organer på sygebehandlingens og sygdomsforebyggelsens område, men flertallet har ikke stillet forslag om oprettelse af særlige samordningsorganer. Et mindretal på to medlemmer finder det nødvendigt, at der snarest tilvejebringes en fælles centralledelse af sundhedsvesenet og et fastere lokalt samarbejde.

Derimod foreslås sygekassenævnet ophævet, og i stedet foreslås oprettet et mindre udvalg til behandling af spørgsmål om overflytningssager.

Et mindretal bestående af en række af kommissionens medlemmer går ind for, at sygeforsikringssystemet under en ordning, hvor en sygekassegrænse bevares, udformes således, at fortsættelsessygekasserne ophæves, og at der i stedet i sygekasserne oprettes to forskellige afdelinger henholdsvis for nydende medlemmer under og nydende medlemmer over sygekassegrænsen. For nydende medlemmer over sygekassegrænsen foreslås opretholdt den hidtidige lægeordning (med et refusionssystem). Det foreslås, at der til disse medlemmers forsikring ydes samme statstilskud på 5 kr. pr. medlem som det, der nu ydes til sygekassernes nydende medlemmer, samt at der til denne del af forsikringen ydes samme tilskud til livsvigtig medicin og til dagpenge som til de nydende medlemmer under grænsen. Herudover foreslås der ikke ydet nogen offentlig støtte til forsikringen for de nydende medlemmer, som er over sygekassegrænsen; for disse medlemmer etableres inden for hver centralforening en ud-ligningsordning, hvortil fortsættelsessygekassernes formuer forudsættes overført som reservefond. Et andet mindretal bestående af en række af kommissionens medlemmer har taget afstand fra forslaget, og andre medlemmer af kommissionen har til forslaget knyttet forskellige forbehold og andre bemærkninger.

For at udbygge kontrollen med sygekassegrænsens overholdelse foreslår kommissionen, at det i mange kommuner allerede eksisterende samarbejde med skattevesenet udvides til alle kommuner.

Spørgsmålet om sygekassernes administration bør efter en kommende nyordning tages op til drøftelse mellem sygekassernes centralledelse, forvaltningsnævnet og direktoratet for sygekassevesenet, således at dette spørgsmål overvejes på baggrund af nyordningens rammer.

Sygeforsikringens finansiering (kapitel 10).

Kommissionen har den opfattelse, at kontingentopkrævningen under en ordning, hvor sygekasserne formidler sygehjælpen, ikke bør flyttes fra sygekasserne, således at kon-

tingentet opkræves sammen med skatterne.

Det foreslås at opretholde den nuværende ordning, hvorefter kontingenthjælp til trængende ydes af kommunerne efter en individuel bedømmelse i de enkelte tilfælde. Nogle medlemmer har foreslået, at der indføres mellemkommunal refusion af disse udgifter.

Kommissionen har ikke taget stilling til et forslag om ændring af tilskudsreglerne fremsat af sygekassernes repræsentanter, idet kommissionen finder, at dette spørgsmål må henvises til overvejelse og afgørelse i regering og folketing.

Sygeforsikringens ydelser (kapitel 11).

Med hensyn til de enkelte ydelser til sygekassernes medlemmer stilles forskellige forslag om udbygning af nogle af disse ydelser.

I forbindelse med drøftelserne herom er drøftet en eventuel udbygning af reglerne om voldgiftsrådet til behandling af tvistigheder mellem sygeforsikringsorganerne og organisationerne af medicinalpersonale. Kommissionens flertal foreslår her alene foretaget forskellige mindre ændringer.

Under drøftelserne har flere medlemmer stillet sig sympatisk over for en eventuel ordning med en mæglingmand, der stilles til parternes rådighed på det tidspunkt af forhandlingerne, hvor en sag endnu ikke er indbragt for voldgiftsrådet, medens andre medlemmer har taget afstand fra denne tanke. Et mindretal på et medlem foreslår, at der indføres tvungen voldgift.

Et mindretal på et medlem har ikke kunnet tilslutte sig de af kommissionen stillede forslag, da disse bygger på forudsætningen om, at der bevares et system med en sygekassegrænse, idet medlemmet som nævnt foran ad kapitel 8 har foreslået, at denne grænse ophæves.

Fribefordring (kapitel 12).

Der stilles forslag om forskellige ændringer af reglerne om fribefordring af sygekassernes nydende medlemmer, således at disse regler så vidt muligt gøres ensartede for hele landet. Den fri befording bør normalt kun ydes, når den enkelte udgift over-

stiger 3 kr. Der bør under visse betingelser indføres regler om fri befording til og af speciallæger. Endvidere bør reglerne om fri befording til sygehuse udbygges efter den stedfundne specialisering inden for sygehusvæsenet, og der foreslås indført ret til fri befording til indlæggelse på visse helbredelsesanstalter m. m., som ikke hører ind under det almindelige kommunale sygehusvæsen. Københavns og Frederiksberg kommuner foreslås med hensyn til anmeldelse af kommunernes udgifter til mellemkommunal refusion ligestillet med landets øvrige kommuner.

På følgende punkter er der ikke enstemmighed om alle enkeltheder i disse forslag:

Kommissionens flertal går ind for, at kørselsgodtgørelse til befording af læger og jordemødre som hidtil ikke bør ydes i byerne, medens et mindretal på tre medlemmer anbefaler, at sådan befordingsgodtgørelse bør ydes.

Et mindretal på et medlem anbefaler, at udgifter til kørsel med ambulance til og fra sygehuse afholdes som sygehusudgift.

Et mindretal på to medlemmer har taget afstand fra forslaget om, at der ydes befordingsgodtgørelse til speciallægers kørsel til patienterne.

Et mindretal på et medlem har ikke kunnet tilslutte sig de af kommissionen stillede forslag, da disse bygger på forudsætningen om, at der bevares et system med en sygekassegrænse, idet medlemmet som nævnt foran ad kapitel 8 har foreslået, at denne grænse ophæves.

Dagpengehjælp i sygdomstilfælde (kapitel 13).

Kommissionen foreslår, at der indføres en sygedagpengeordning, som omfatter alle lønarbejdere, hvem der ikke er sikret sygeløn i henhold til særlig lovgivning m. m. Retten til denne sygeløn bør forudsætte nydende medlemsskab af sygekasse eller fortsættelsesygekasse. Dagpenge foreslås fastsat til 21 kr. for forsørgere, 16 kr. for andre lønarbejdere over 18 år og 8 kr. for andre lønarbejdere under 18 år. Udgifterne foreslås dækket ved et arbejderbidrag på 1,5 øre

pr. arbejdstime og et arbejdsgiverbidrag på 2 øre pr. arbejdstime, medens statskassen forudsættes at betale V3 af udgifterne.

For personer, der ikke er lønarbejdere, foreslås der — for så vidt angår nydende medlemmer af sygekasser - adgang til frivilligt i sygekassen at sikre sig dagpenge med samme maksimumsbeløb som for lønarbejdere, dog med et lavere maksimum for husmødre uden erhverv. Udgifterne foreslås dækket ved medlemskontingentet og ved et statskud på V3 af udgifterne.

For denne frivillige dagpengeordning forudsættes opretholdt helbreds- og aldersbetingelser for indmeldelse, dog at overgang fra lønarbejderordningen til den frivillige ordning på visse betingelser kan ske uanset alder og helbred.

Barseldagpenge foreslås ydet med et beløb af samme størrelse som sygedagpengene. For dem, der er omfattet af lønarbejderordningen, foreslås barseldagpenge fremtidig ydet i indtil 14 uger til alle fødende, uanset om de er omfattet af arbejderbeskyttelseslovgivningens barselhvilerregler eller ikke.

Et mindretal på et medlem har taget forbehold over for lønarbejderordningens forskel på dagpengene til forsørgere og ikke-

forsørgere og foreslået, at der i stedet herfor ligesom i hovedorganisationernes sygelønsordning fastsættes en lavere dagpenge-sats for kvinder end for mænd. To medlemmer har beklaget det lave maksimum for husmødre, der foreslås inden for den frivillige forsikring. Et medlem har stillet forslag om dispensationsmulighed for den foreslåede begrænsning i varigheden af sygedagpengene for så vidt angår visse langvarige sygdomme; kommissionen foreslår dette spørgsmål overvejet i forbindelse med andre lovændringer inden for invalideforsikringens og revalideringens område. Et medlem har peget på de særlige forhold, som i forbindelse med karenstiden inden for den frivillige forsikring må antages at gælde for mindre erhvervsdrivende. Fem medlemmer har taget forbehold med hensyn til den foreslåede finansieringsordning.

Et mindretal på et medlem kan ikke tilslutte sig kommissionens forslag til dagpengeordning, da den for så vidt angår lønarbejdere, stiller krav om medlemskab af sygeforsikringen, og da forslaget iøvrigt indeholder vidtgående økonomiske konsekvenser.

Oversigt over udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt.

Tabel 1 giver en oversigt over finansieringen af udgifterne vedrørende sikring i syge- og ulykkestilfælde samt sundhedsvæsen iøvrigt i 1956/57.

Tabellens opstilling følger den af Den nordiske ekspertkomité vedrørende socialstatistikens samordning i 1957 afgivne rapport, hvortil der henvises med hensyn til det nærmere indhold af de enkelte poster. Disse omfatter statens og kommunernes tilskud til de sociale forsikringsinstitutioner og udgifter i forbindelse med de sociale love. Endvidere indgår præmier, kontingenter og andre særlige afgifter til sociale formål, som arbejdsgiverne og befolkningen iøvrigt betaler. For arbejdsgivernes vedkommende er dog kun medregnet de lovpligtige bidrag, hvorimod arbejdsgivernes frivillige overenskomstmæssige tilskud til sociale foranstaltninger er udeladt. Af befolkningens direkte bidrag er medtaget sådanne udgifter, som har karakter af forsikringspræmier (f. eks. sygeforsikringspræmier), men ikke de udgifter til lægehjælp, medicin o. s. v., som befolkningen selv endeligt afholder, eller som er direkte betaling for modtagne ydelser, således som f. eks. husmoderafløsning.

Tabel 2: Oversigt over de samlede udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt i 1952/53-1954/55, udarbejdet af socialministeriets statsvidenskabelige konsulent.

De i tabellen anførte tal er baseret på institutionsberetninger, publikationer fra Det statistiske departement samt statsregnskabet, for så vidt angår udgifter af offentlig karakter. Hvad angår udgifterne vedrørende de private institutioner og befolkningens ikke-forsikrede udgift til lægehjælp, tandlæge, massage o. s. v., foreligger der ikke mulighed for at foretage en egentlig beregning af beløbene, og ved skønnene over udgifterne har det i udstrakt grad været nødvendigt at bygge på så spinkelt materiale, at tallene må tages med alt muligt forbehold.

Da tallene derfor kun kan betragtes som udtryk for den formodede størrelsesorden for de enkelte poster, har man ikke fundet det forsvarligt at angive bevægelse i størrelserne for de 3 år, der iøvrigt er medtaget i tabel 2.

Med hensyn til de enkelte poster skal bemærkes følgende:

Lægehjælp

Befolkningens privat afholdte udgift til lægehjælp er anslået på grundlag af materiale fra fortsættelsesygekasserne om totaludgiften for en enkelt kasses medlemmer. Posten indeholder foruden fortsættelsesygekassemedlemmernes privat afholdte lægeudgift tillige udgiften for ikke-forsikrede bortset fra, hvad der af kommunerne er ydet som forsorgshjælp. Denne opgørelse vedrører 1955, medens de iøvrigt anvendte udgiftstal vedrører 1954/55 eller kalenderåret 1954.

Ophold på sygehus m. v.

Befolkningens direkte betaling for ophold på sygehuse er beregnet bl. a. på grundlag af kommuneregnskabernes opgørelse over indtægten ved kur og pleje. Indtægtsopgørelsen er imidlertid noget usikker, idet der i de indsendte regnskabsskemaer fra mindre hospitaler ofte kun findes en enkelt indtægtspost, der tillige omfatter tilskud fra stat og kommuner.

Medicin

Befolkningens privat afholdte udgift til medicin er beregnet på grundlag af Apotekerfondens regnskab vedrørende apotekernes indtægt ved salg af receptmedicin, idet man herfra har trukket den medicinhjælp, der ydes af sygekasserne og fortsættelsesygekasserne, samt hvad der ydes som medicinhjælp.

Befolkningens privat afholdte udgift til briller, bandager in. v.

Man har skønsmæssigt regnet med, at sygekassemedlemmerne i hele landet selv anvender et lige så stort beløb til briller, som sygekassernes samlede udgift hertil andrager. Videre har man skønsmæssigt regnet med, at sygekassemedlemmernes private udgift til bandager udgør V2 af sygekassernes udgift hertil. For den del af befolkningen, som ikke er medlem af sygekasserne, har man for begge ydelser regnet med en gennemsnitlig udgift svarende til, hvad der ialt anvendes pr. sygekassemedlem.

Befolkningens privat afholdte udgift til massage, bade og røntgenbehandlinger

Disse poster er skønsmæssigt anslået til V2 af sygekassernes og fortsættelsesygekassernes samlede udgifter.

Befolkningens privat afholdte udgift til tandpleje

Man er her gået ud fra den gennemsnitlige udgift pr. sygekassemedlem i København og har på grundlag heraf beregnet merudgiften

for de øvrige kasser, såfremt disse ydede samme hjælp som de københavnske sygekasser. Hertil er lagt sygekassemedlemmernes egne udgifter lig V2 af de således beregnede totaludgifter for samtlige sygekasser, og der er regnet med, at ikke-sygekassemedlemmer i gennemsnit anvender samme beløb, som ialt anvendes pr. sygekassemedlem. *Udgiften svarer således kun til en dækning af det omfang, der findes for sygekassemedlemmer i København.*

Befolkningens privat afholdte sygeplejeudgifter

Udgiften er på grundlag af opgørelse over samtlige hjemmesygeplejerskers fordeling efter ansættelsesforhold skønsmæssigt anslået til ca. 10 pct. af udgiften ved sygepleje ydet af sygekasserne og kommunal sygepleje.

Befolkningens privat afholdte udgift til ophold på fødeklínik

Tallet er anslået med udgangspunkt i en redegørelse om de økonomiske problemer for de fødende, foretaget af indenrigsministeriet. Herefter andrager de samlede gennemsnitlige udgifter til fødsel følgende beløb:

Fødsel i hjemmet: 226 kr. - heraf læge- og jordemoderhonorarer: 200 kr.

Udefødsel på sygehus: 255-315 kr. - heraf ophold 120-180 kr.

Udefødsel på privatklinik: 460 kr. - heraf ophold 250 kr.

Man har forudsat, at 90 pct. af de fødende kvinder er i sygekasse, at sygekassemedlemmers barsel i hjemmet betales helt af kassen, medens ophold på sygehus koster medlemmet gennemsnitlig 150 kr., at barsel for ikke-medlemmer i hjemmet gennemsnitlig koster 80 kr. til læge og jordemoderhonorar, medens ophold på sygehus for disse ligeledes er sat til 150 kr. og på klinik til gennemsnitlig 325 kr.

Derefter har man anvendt sundhedsstyrelsens opgørelse af fordelingen efter fødested.

Tabel 1. Udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt i Danmark 1956/57, fordelt efter hvem de påhviler.

	Staten ¹⁾ 1000 kr.	Kommu- nerne 1000 kr.	Arbejds- giverne 1000 kr.	Befolk- ningen 1000 kr.	Ialt 1000 kr.
I. Sygdom					
1. Sygeforsikring, tilsv. off. ydelser	69.031	32.527		192.186	293.744
2. Det off. læge-, jordemoder- og sygehusvæsen samt det off. sundhedsvæsen	375.372	205.050			580.422
3. Åndssvageforsorg	49.513	213			49.726
4. Tandpleje		8.900		19.778	28.678
I. Ialt	493.916	246.690		211.964	952.570
Pct.	51,9	25,9		22,2	100,0
II. Ulykkesforsikring og arbejderbeskyttelse					
1. Ulykkesforsikring	3.853		60.911		64.764
2. Arbejderbeskyttelse	5.339				5.339
II. Ialt	9.192		60.911		70.103
Pct.	13,1		86,9		100,0
III. Invalideforsikring m. v.					
1. Invalidepension	152.340	18.881	6.225	12.851	190.297
2. Arbejds- og erhvervsfremmende foranstaltninger for partielt arbejdskraft	40.983	144			41.127
III. Ialt	193.323	19.025	6.225	12.851	231.424
Pct.	83,5	8,2	2,7	5,6	100,0
IV. Forskellige familiepolitiske foranstaltninger					
1. Helbredsforanstaltninger til fordel for mødre og småbørn	20.464	13.295		7.205	40.964
2. Skolelægeordningen	3.257	4.900			8.157
3. Husmoderafløsningen	12.307	6.264			18.571
IV. Ialt	36.028	24.459		7.205	67.692
Pct.	53,2	36,2		10,6	100,0
I.-IV. Ialt absolutte tal	732.459	290.174	67.136	232.020	1.321.789
Pct.	55,4	22,0	5,1	17,5	100,0

¹⁾ Herunder også den fælleskommunale udligningsfond.

Tabel 2. Oversigt over udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt i Danmark i årene **1952/53-1954/55**²⁾.

	1952/53 1000 kr.	1953/54 1000 kr.	1954/55 1000 kr.
Behandling			
<i>1. Lægehjælp</i>			
a. Sygekassernes læge- og speciallægehjælp	68.628	83.719	86.146
b. Fortsættelsessygekassernes læge- og speciallægehjælp	11.969	13.716	14.037
c. DSB's sygekasses læge- og speciallægehjælp	1.416	1.673	1.800
d. Lægehjælp ydet som særhjælp eller kommunehjælp (delvis anslået)	2.000	2.000	2.000
e. Befolkningens ikke-forsikrede udgifter til lægehjælp (anslået) ³⁾	25.000	25.000	25.000
1. ialt	109.013	126.108	128.983
<i>2. Medicin, bandager, briller o. l.</i>			
a. Sygekassernes medicinhjælp	18.874	21.950	24.070
b. Fortsættelsessygekassernes medicinhjælp	535	587	647
c. DSB's sygekasses medicinhjælp	485	541	572
d. Kommunal medicinhjælp (lov om off. forsorg § 272)	1.021	1.089	1.158
e. Sygekassernes ydelser til briller, bandager m. v.	4.304	4.497	5.236
f. Befolkningens ikke-forsikrede udgifter til briller, bandager m.v. (anslået) ³⁾	7.000	7.000	7.000
g. Befolkningens ikke-forsikrede udgifter til receptmedicin ³⁾	55.800	56.500	58.700
h. Ulykkesforsikringens ydelse til proteser o. l. ⁴⁾			
2. ialt	88.019	92.164	97.383
<i>3. Hjemmesygepleje og husmoderafløsning</i>			
a. Sygekassernes ydelse til hjemmesygepleje	3.245	3.584	3.460
b. Kommunalsygepleje	8.706	9.830	10.961
c. Husmoderafløsning			
1. Det offentlige udgifter	13.080	15.057	16.687
2. Hjemmenes bidrag	1.070	1.209	1.453
d. Befolkningens private sygeplejeudgifter (anslået) ³⁾	1.000	1.000	1.000
3. ialt	27.101	30.680	33.561
<i>4. Massage, bade og røntgenbehandling</i>			
a. Sygekasserne	4.519	4.946	5.116
b. Fortsættelsessygekasserne	1.389	1.442	1.469
c. Ulykkesforsikringen ⁵⁾			
d. Befolkningens ikke-forsikrede udgifter (anslået) ⁶⁾ ...	3.000	3.000	3.000
4. ialt	8.908	9.388	9.585

²⁾ For visse af udgifterne: Kalenderår.

³⁾ Der henvises til bemærkningerne foran side 234 f.

⁴⁾ Kan ikke udskilles af VI.e.

⁵⁾ Kan ikke udskilles af VI.e.

⁶⁾ Der henvises til bemærkningerne foran side 234 f.

	1952/53 1000 kr.	1953/54 1000 kl.	1954/55 1000 kr.
5. Hospitalsvæsen			
De offentlige sygehuses driftsunderskud ⁷⁾	263.600	266.400	297.600
Sygekassernes betaling for sygehusophold.....	29.024	30.899	32.394
Fortsættelsesygekassernes betaling for sygehusophold	5.322	6.171	6.335
DSB's sygekasses betaling for sygehusophold	616	653	638
Befolkningens direkte betaling til offentlige sygehuse (delvis anslået) ⁸⁾	20.000	20.000	20.000
Private sygehuse (inkl. patientbetaling) (anslået) ...	5.000	5.000	5.000
Tuberkulosesanatorier m. v.....	22.298	23.521	24.657
h. Befolkningens betaling for ophold på tuberkulosesanatorier (delvis anslået)	4.300	4.500	4.800
Sindssygeværnsens samlede udgifter ⁸⁾	61.300	64.700	71.200
Epileptikerplejens samlede udgifter	4.569	5.188	5.433
k. Bekæmpelsen af smitsomme sygdomme, herunder t.b. og veneriske sygdomme	5.136	4.718	6.146
Sygekassernes betaling for ophold på rekonvalescent- hjem	1.479	1.514	1.649
Befolkningens betaling for ophold på rekonvalescent- hjem (anslået)	800	800	800
Alderdomshjemmenes sygeafd. (delvis anslået)	15.000	15.000	15.200
Anerkendte refusionsberettigede plejehjem for kronisk syge m.v. ⁹⁾	4.000	3.998	3.488
5. ialt	442.444	453.062	495.340
6. Tandpleje			
Sygekasserne.....	12.412	13.016	14.897
DSB's sygekasse.....	-	-	-
Skoletandpleje.....	7.237	8.324	9.654
Befolkningens udgifter til tandpleje iøvrigt (ansl.) ¹⁰⁾	13.000	13.000	13.000
6. ialt	32.649	34.340	37.551
7. Sygeplejeudgifter iøvrigt			
a. Sygekassernes uspecificerede sygehjælp.....	53	103	94
b. Fortsat sygekassehjælp (kur og pleje + kontant hjælp) lov om off. forsorg §§ 241-46.....	673	644	650
c. Invalidforsikringens sygeplejehjælp.....	2.375	2.552	2.769
d. Fribeholdning for sygekassernes regning.....	68	76	39
e. Kommunernes fribeholdning af sygekassemedlemmer	11.513	11.784	12.084
f. Befolkningens i Falck, Zonen og tilsv. selskaber for- sikrede befordringsudgifter (delvis anslået)	13.000	13.000	13.000
7. ialt	27.682	28.159	28.636
II. Åndssvageforsorgen	33.582	35.763	39.263
III. Foranstaltninger for erhvervshæmmede			
a. Døveforsorgen.....	4.443	5.329	5.587
b. Blindeforsorgen	2.695	2.683	3.095
c. Forsorgen for talelidende.....	952	1.021	1.432
d. Vanføreforsorgen	13.543	16.827	16.265
e. Erhvervsopføringsforanstaltninger o. l. under invalide- forsikring ¹¹⁾	8.050	10.800	11.332
III. ialt	29.683	36.660	37.711

7) Inkl. tilskud til private hospitaler. Fra de kommunale hospitalsudgifter er trukket anslåede tal for kommunernes udgifter til sindssygeværnsnet.

8) De kommunale udgifter anslået. Tallet omfatter sindssygehospitalerne samt forsorgen for sindssyge og deres familier.

9) Inkl. invalidepensionisters ophold på plejeanstalt. Udgiften androg i 1952/53 763.000 kr. Udgifter for øvrige plejehjem er kun opgjort for 1953/54 og 1954/55. 1952/53 anslået herefter.

10) Der henvises til bemærkningerne foran side 234 f.

11) Inkl. ydelse af større bandager.

	1952/53 1000 kr.	1953/54 1000 kr.	1954/55 1000 kr.
IV. Forebyggende sundhedsforanstaltninger			
a. Arbejderbeskyttelse	3.114	3.331	3.694
b. Svangerskabshygiejne	2.395	2.966	3.024
c. Sundhedsplejersker	3.508	3.979	4.189
d. Embedslæger og jordemodervæsenet	4.600	6.500	6.100
e. Skolelægerne	5.714	7.370	7.209
f. Lægeundersøgelser af småbørn	3.971	4.423	4.408
IV. ialt	23.302	28.569	28.624
V. Barselhjælp			
a. Sygekasserne	8.121	8.432	8.389
b. Fortsættelsesygekasserne	515	585	578
c. Kommunernes ydelse af barselhjælp	143	145	137
d. Befolkningens ikke-forsikrede udgifter til klinikophold (anslået ¹²⁾)	6.000	6.000	6.000
e. Det offentliges udgifter ved mødrehjælpsinstitutionerne	5.343	6.395	6.563
V. ialt	20.122	21.557	21.667
VI. Pengeydelse til delvis dækning af indkomstbortfald			
a. Sygekasserne	10.061	10.947	10.812
b. Fortsat sygekassehjælp	614	634	646
c. Invalidere renten inkl. faste tillæg, ægteskabstillæg, én- gangs ydelser m. v.	120.445	130.850	137.710
d. Kronisk sygehjælp	9.726	10.542	11.165
e. Ulykkesforsikringens dagpengeydelse og erstatninger	47.958	50.598	52.226
f. Sønderjyske invalideforsikringer og hjælp til andre militære invalider	7.699	7.537	7.631
g. Besættelsestidens ofre	7.433	7.023	7.043
h. Særhjælp til tuberkuløse, polioramte og kræftpatienter	6.158	6.960	7.434
VI. ialt	210.094	225.091	234.667
VII. Administration			
a. Sygekasserne	25.377	25.784	27.056
b. Fortsættelsesygekasserne	2.296	2.520	2.501
c. Sygekassedirektoratet, sundhedsstyrelsen, sindssygedi- rektoratet, direktoratet for ulykkesforsikringen og ulyk- kesforsikringsrådet + invalideforsikringsretten	6.933	7.381	8.075
d. Kommunale omkostninger vedrørende administration af ovenstående ordninger ¹³⁾	—	—	—
VII. ialt	34.606	35.685	37.632

¹²⁾ Der henvises til bemærkningerne foran side 234 f.

¹³⁾ Kan ikke udskilles.

Tabel 3. Sammendrag af oversigt over samtlige udgifter vedrørende sikring i sygdomstilfælde og sundhedsvæsen iøvrigt.

	1952/53		1953/54		1954/55
	1000	kr.	1000	kr.	1000 kr.
I. Behandling					
1. Lægehjælp.....	109.013		126.108		128.983
2. Medicin, bandager, briller o. l.....	88.019		92.164		97.383
3. Hjemmesygepleje og husmoderafløsning.....	27.101		30.680		33.561
4. Massage, bade og røntgenbehandling.....	8.908		9.388		9.585
5. Hospitalsvæsen.....	442.444		453.062		495.340
6. Tandpleje.....	32.649		34.340		37.551
7. Sygeplejeudgifter iøvrigt.....	27.682		28.159		28.636
Ialt.....	735.816		773.901		831.039
II. Åndssvageforsorgen.....	33.582		35.763		39.263
III. Foranstaltninger for delvis arbejdskraft.....	29.683		36.660		37.711
IV. Forebyggende sundhedsforanstaltninger.....	23.302		28.569		28.624
V. Barselhjælp.....	20.122		21.557		21.667
VI. Pengeydelse til delvis dækning af indkomstbortfald ...	210.094		225.091		234.667
VII. Administration.....	34.606		35.685		37.632
I-VII ialt.....	1.087.205		1.157.226		1.230.603
Ialt pr. indbygger ca.....	251 kr.		265 kr.		279 kr.
Nettonationalproduktet mill. kr.....	21.356.000		22.643.000		23.349.000
Samtlige udgifter i pct. af nettonationalproduktet.....	5,09 pct.		5,11 pct.		5,27 pct.

BILAG 2¹).

København, den 7. april 1959.

LANDSFORENINGEN FOR EVNESVAGES VEL

SYGEFORSIKRINGSKOMMISSIONEN AF 1954 *Socialministeriet, Slotsholms gade 6, K.*

Landsforeningen for Evnesvages Vel, Kellers Minde, tillader sig herved at henvende sig til Sygeforsikringskommissionen af 1954 i følgende anledning.

Da de fleste evnesvage slet ingen eller kun ringe indtjeningsmuligheder har, opstår der for forældrene et problem, når barnet når den alder, hvor det ikke mere er sygeforsikret gennem forældrenes medlemskab i en sygeforsikring (sygekasse). Problemet opstår fortrinsvis for de forældre, som ikke tilmelder deres barn til åndssvageforsorgen, idet sådanne forældre er henvist til at betale

fulde læge-, medicin-, sygehus- o. a. udgifter for deres barn.

Da evnesvages psykiske handicap ikke er ledsaget af procentvis større fysisk handicap end psykisk normale personer, anser vi det for urimeligt at nægte evnesvage adgang til optagelse i sygekasse udelukkende under henvisning til evnesvagheden, og vi tillader os herved at henlede kommissionens opmærksomhed på dette forhold.

sign. *Peer Linnet*,
formand.

1) Se side 78.

BILAG 3¹⁾.

DANSKE KVINDERS NATIONALRÅD

13. april 1955.

TIL SYGEFORSIKRINGSKOMMISSIONEN AF 1954

Danske Kvinder Nationalråd, der repræsenterer 70 foreninger, tillader sig at henstille, at sygeforsikringskommissionen tager spørgsmålet om løsning af moderskabshjælpen op til behandling.

Det er vor opfattelse, at enhver fødende kvinde, selverhvervende eller ej, skal have ret til at få en hjælp til dækning af de med selve fødslen forbundne udgifter. Vi er klar over, at et forslag i den retning allerede er forelagt folketinget som et led i skattelovskomplekset. Derudover mener vi, at kvinder med selvstændig erhvervsindtægt, som lider et indtægtstab ved at måtte holde op med deres arbejde i nogen tid i forbindelse med fødslen, skulle få erstatning for dette ind-

tægtstab gennem en dagpengeordning, som bør opbygges på forsikringsmæssig basis. Vi skal i denne forbindelse pege på den ordning, som er gennemført i Sverige ved loven om moderskabshjælp af 20/5 1954.

Endvidere skal vi anmode om, at den bestemmelse i folkeforsikringsloven, hvorefter hjemmeværende husmødre højst må sikre sig én krone om dagen i dagpenge fra sygekassen, må blive ophævet, således at husmødre får den samme adgang som andre borgere til at sikre sig en passende erstatning for tab af arbejdskraft i sygdomstilfælde.

sign. Else-Merete Ross,
formand.

(En ligelydende skrivelse af samme dato er tilsendt kommissionen fra Fagbevægelsens Kvindesekretariat, der henviste til, at det repræsenterer 124.970 organiserede kvinder,

og fra Socialdemokratiets Kvinder, der henviste til, at man repræsenterer ca. 120.000 kvindelige medlemmer af Socialdemokratisk Forbund.)

¹⁾ Se side 151 og 197.

DANSK KVINDESAMFUND
Niels Hemmingsensgade 8-10, København K.

TIL SYGEFORSIKRINGSKOMMISSIONEN

Dansk Kvindesamfund tillader sig herved at henstille til kommissionen at tage nedenstående synspunkter med i overvejelserne om ændring af lov nr. 182 af 20. maj 1933 om folkeforsikring.

Under hensyn til, at man er uden kendskab til, hvilke større principielle retningslinier sygeforsikringskommissionen vil følge, ønsker »D.K.« indtil videre kun at pege på nogle få punkter i nugældende lovgivning, som tiden er løbet fra, hvor ændringer derfor efter vort skøn bør tages under overvejelse.

/ . § 19 indeholder de forpligtelser, sygekasserne iflg. loven har i »barseltilfælde«.

Stk. 1, 2): »Lægehjælp i tilfælde, hvor jordmoderen eller vedkommende læge har skønnet det nødvendigt at undergive den fødende lægebehandling«.

Narkose ved fødsel bør nu betragtes som en menneskeret, hvorfor man vil henstille, at dette stykke ændres til:

»Lægehjælp også m. h. t. narkose, såfremt den pågældende selv ønsker det, og i øvrigt når jordmoder eller læge finder det for nødvendigt«.

Stk. 1, 3): »/ 14 dage en daglig pengehjælp af den størrelse, som pågældende har sikret sig i tilfælde af sygdom. Forsåvidt barselsengen udstrækkes over 14 dage, ydes

sædvanlig sygehjælp efter de almindelige regler, og så længe denne sygehjælp ydes, er vedkommende kvinde ikke berettiget til den under 4) og 5) nævnte hjælp«.

Stk. 1,4): »Fra udløbet af det under nr. 3) anførte tidsrum af 14 dage at regne, ydes der til en kvinde, hvem det i medfør af lovgivningen om arbejderbeskyttelse er forbudt at arbejde en vis tid efter fødslen, en daglig pengehjælp af henholdsvis 7 kr. 10 øre, 6 kr. 80 øre og 6 kr. 20 øre i de i § 39, stk. 1, nævnte grupper af kommuner, indtil hun på ny går i arbejde, jfr. dog § 85, ændringer i satsene efter pristallet«.

Stk. 1, 5): »Den under nr. 4 omhandlede pengehjælp ydes fortsat, så længe moderen af hensyn til diegivning holder sig borte fra sit arbejde, dog længst 6-ugers-dagen efter fødslen«.

M. h. t. bestemmelserne i 3) skal bemærkes, at det næppe er eller hidtil har været af større økonomisk betydning hverken for sygekasserne eller for de kvindelige medlemmer, da sygekasserne i henhold til § 22, stk. 1, nr. 2, har ret til i deres vedtægter at fastsætte, at der til »kvindelige medlemmer og ... mandlige medlemmer under 18 år ikke ydes pengehjælp, eller at der ydes en mindre pengehjælp end den i § 18, stk. 1, nr. 3, fastsatte ...«.

Denne undtagelsesbestemmelse er i vidt

1) Se side 197.

omfang benyttet af sygekasserne - i hvert fald til at holde kvindernes dagpenge under det niveau, der er gældende for mændene.

Sygekassedirektoratets årsberetning for 1953 (den sidst fremkomne) oplyser kun, at 27,4 pct. af de kvindelige medlemmer ikke havde sikret sig dagpengehjælp — mod 4,5 pct. af de mandlige.

Den gennemsnitlige dagpengehjælp for hele landet (Færøerne iberegnet) pr. medlem var i 1953: kr. 4,50, svingende fra kr. 11,63 i hovedstaden, over 4,70 i provinsbyerne, 1,86 i landdistrikterne til 0,42 på Færøerne. Disse tal gælder altså pr. medlem, mænd og kvinder sammenregnet.

Disse to opgørelser viser tydeligt, hvor relativt få kvinder, der overhovedet har sikret sig dagpenge, og på hvor lavt et niveau disse dagpenge ligger — ganske særligt i forhold til pengenes værdi i dag.

Den nævnte sygehjælp (altså de af kvinderne selv tegnede dagpenge) ydes fortsat, hvis »barselsengen udstrækkes over de i dette stk. nævnte første 14 dage«.

Det påpeges også direkte, at barselkvinden ikke er berettiget til den egentlige barselhjælp (jfr. nr. 4), så længe »denne sygehjælp ydes«.

Det er i øvrigt værd at notere, at man i denne lov åbenbart ikke regner de første 14 dage efter fødslen som »sygdom« - hvad man gør, når det gælder kvindelige tjenestemænd eller funktionærer i stats- eller kommunal-tjeneste - ellers var det jo ikke nødvendigt at give denne særlige regel for dagpengeydelse i disse første 14 dage.

Ser man derefter på stk. 1, nr. 4), ser man, at den »egentlige« barselhjælp på henholdsvis kr. 7,30, kr. 7,00 og kr. 6,40 begynder efter de første 14 dage, hvor kvinden har fået de dagpenge, hun - evt. - har tegnet sig for i sygdomstilfælde, og varer »til hun i medfør af lovgivningen om arbejderbeskyttelse må gå i arbejde«. Denne barselhjælp er begrænset til at omfatte de kvinder, der omfattes af denne lovgivning, hvilket også gælder den »barselhvile«, der omhandles i stk. 2 (se nedenfor).

Lov om alm. arbejderbeskyttelse af 11. juni

1954 opretholder i sin § 37 bestemmelserne i lov nr. 143 af 29. april 1913, § 29, stk. 1 og 4, hvorefter:

»Ingen kvindelig arbejder må i de første 4 uger efter sin nedkomst indtræde i det af loven omfattede arbejde, med mindre det ved lægeattest godtgøres, at dette kan ske uden fare for hendes egen eller barnets sundhed«.

Det var naturligt, at man ved indførelsen af denne bestemmelse, der tvinger mødrene bort fra arbejdet, søgte at give dem en erstatning for den derved tabte arbejdsindtægt for ikke at stille dem økonomisk ugunstigere end andre mødre, men det er et spørgsmål, om tiden ikke er løbet fra denne stærkt begrænsede bestemmelse.

Hvorfor skal kun de under arbejderbeskyttelseslovgivningen henhørende mødre nyde denne begunstigelse?

Man må erindre, at denne lovgivning kun omfatter virksomheder, der beskæftiger mindst 3 (2-6) arbejdere, og at virksomheder, der kun omfatter arbejdsgivernes familiemedlemmer, ikke falder ind under loven.

Desuden gælder denne bestemmelse ikke inden for handels- og kontorvirksomhed, ej heller for dem, der omfattes af den særlige lov om arbejderbeskyttelse inden for landbrug, skovbrug og gartneri.

Det samme arbejde må vel rumme den samme »fare«, hvad enten det udføres i en bedrift med 2 arbejdere eller med 10. Dertil kommer, at en række andre funktioner, f. eks. trappevask, avisombæring, ekspedition i en forretning og meget andet under visse forhold kan være lige så belastende for moderens og barnets sundhed — og sådanne ligger ganske uden for den nævnte lovgivning.

Når bestemmelsen udtrykkelig er indsat i loven under hensyn til »hendes egen og barnets sundhed«, ville det være rimeligt og retfærdigt at åbne adgang til en barselhvile med en passende dagpengeudbetaling for alle erhvervsarbejdende mødre - uafhængigt af, om de har tegnet sig for dagpenge under sygdom.

At en sådan ændring ikke er helt utopisk, fremgår af den norske »Arbejdervernlov af 1936«, hvis bestemmelser på dette felt vedlægges som bilag I²⁾.

Efter »D.K.«s mening bør samfundet sikre *enhver kvinde, der har erhvervsarbejde* og på grund af fødsel mister sin arbejdsindtægt, en forsvarlig erstatning for tabet af denne - man går ud fra, at de nugældende satser forhøjes, svarende til pengenes købekraft, da de selv med pristalsforhøjelsen er såre beskedne.

Erstatningens varighed bør fastsættes til 8 uger.

//. § 19, stk. 2:

»Et kvindeligt sygekassemedlem, der er beskæftiget med arbejde, for hvilket der i medfør af lovgivningen om arbejderbeskyttelse er givet regler om barselhvile, men som på grund af forestående fødsel må antages ikke at ville kunne udføre sit sædvanlige arbejde uden skade for sig selv eller fosteret, uden at svangerskabet dog må betegnes som sygeligt forløbende, er berettiget til af sygekassen at erholde dagpenge af samme størrelse som ovenfor i stk. 1, nr. 4, anført.

Det er en betingelse for at erholde dagpenge udbetalt, at det ved en vedkommende sygekasselæge udfærdiget attest godtgøres, at pågældendes tilstand er som ovenfor anført. Ved udfærdigelsen af denne attest, hvortil benyttes en særlig af socialministeren godkendt blanket, vil det være at tage i betragtning, at pågældende kvinde ikke kan betegnes som arbejdsudygtig, fordi hun ikke kan udføre overarbejde eller andet særligt anstrengende arbejde, når hun dog må antages at kunne udføre normalt arbejde i virksomheden. Ved nær forestående fødsel forstås en fødsel, der må antages at ville finde sted inden for et tidsrum af 8 uger«.

Ved udformningen af denne bestemmelse har man - som det fremgår af teksten - udtrykkelig taget hensyn til de kvinder, der, uden at deres svangerskab kan betegnes som

sygeligt forløbende, »må antages ikke at ville kunne udføre deres *sædvanlige* arbejde uden skade for sig selv eller fosteret«.

Det er vedkommende kvindes sædvanlige læge (sygekasselæge), der ved en erklæring skal attestere dette. Det er naturligt, at det må være yderst vanskeligt for en alment praktiserende læge at afgive en sådan erklæring, da han må formodes at være uden fornødent kendskab til den pågældende kvindes arbejde og arbejdsforhold, og dermed ude af stand til at bedømme, hvorvidt det fortsatte arbejde må kunne tænkes at være til skade for kvinden selv eller fosteret.

Det ville formentlig være mere korrekt, om man overlod denne bedømmelse til den sagkyndige institution, der nu findes over hele landet, nemlig de under Direktoratet for Arbejdstilsynet sorterende »arbejds-læger«, der på forhånd i langt det overvejende antal tilfælde, der vil kunne komme under betragtning, er kendt med arbejdet og de vilkår, hvorunder det foretages.

En sådan attestering falder ganske vist uden for hans pligter som arbejds-læge, men vil næppe byde ham nævneværdigt ekstrarbejde. I de tilfælde, hvor arbejdsstedet ikke falder ind under arbejderbeskyttelsesloven og altså ikke på forhånd er ham bekendt, kan man sikkert gå ud fra, at han vil kunne bedømme arbejdets »farlighed« for moder og barn ud fra en simpel analogislutning.

Det er efterhånden blevet mere og mere almindeligt, at svangre netop ønsker at vedblive med deres arbejde så længe som muligt op mod fødselen, og denne tilbøjelighed bør sikkert understøttes af hensyn til både moder og barn, specielt ud fra den forudsætning, at moderens arbejde i almindelighed næppe rummer nogen fare hverken for hende selv eller fosteret, uden at man dog helt kan se bort fra, at der undtagelsesvis *kan* være arbejde af en sådan art, at det vil være bedst, at moderen her bør skånes af hensyn til barnet. »D.K.« mener, at det kun drejer sig om undtagelsestilfælde, og at den nugældende bestemmelse *kan* misbruges til skade for kvindernes anvendelse i erhvervslivet.

2) Aftrykt nedenfor som underbilag.

Svangerskabets varighed vil, uden at »arbejdslægen« behøver at foretage nogen selvstændig undersøgelse, fremgå af den pågældende kvindes »svangerskabskort«, der derfor bør tages med til »arbejdslægen«.

Man vil derfor henstille, at § 19, stk. 2, får følgende ordlyd:

»Et kvindeligt sygekassemedlem, hvis arbejde er af en sådan art, at hun på grund af nær forestående fødsel må antages ikke at ville kunne udføre sit sædvanlige arbejde uden skade for sig selv eller fosteret, uden at svangerskabet dog må betegnes som sygeligt forløbende, er berettiget til af sygekassen at erholde dagpenge af samme størrelse som ovenfor i stk. 1, nr. 3, anført, idet man skal henvise til vore bemærkninger foran om disse satser. Det er en betingelse for at erholde dagpenge udbetalt, at det ved en af den lokale arbejdslæge udfærdiget attest godtgøres, at fortsat arbejde vil kunne medføre skade for kvinden selv eller fosteret. Ved udfærdigelsen af denne attest, hvortil benyttes en særlig af socialministeren godkendt blanket, vil det være at tage i betragtning, at pågældende kvinde ikke kan betragtes som arbejdsudygtig, fordi hun ikke kan udføre overarbejde eller andet særligt anstrengende arbejde, når hun dog må antages at kunne udføre normalt arbejde i virksomheden. Ved nær forestående fødsel forstås en fødsel, der må antages at ville finde sted inden for et tidsrum af 8 uger. Ved henvendelsen til arbejdslægen skal den pågældende medbringe og forevise sit svangerskabskort«.

///. § 22, stk. 1:

» I en sygekasses vedtægt kan der med hensyn til de nydende medlemmer træffes bestemmelse om:

1) at medlemmerne ved hvert regnskabsårs begyndelse skal vælge, hvilken af de nærmestboende, for kassen arbejdende, læger de vil benytte, og at sygekassen kun betaler lægehjælp, som er ydet vedkommende medlem af denne læge eller eventuelt af hans stedfortræder;

2) at der ikke ydes pengehjælp, eller at der ydes en mindre pengehjælp end den i § 18, stk. 1, nr. 3, fastsatte til kvindelige medlemmer eller til mandlige medlemmer under 18 år, for så vidt der tillige for dem fastsættes et lavere medlemsbidrag end det sædvanlige;

3) at pengehjælpen nedsættes eller bortfalder under ophold på sygehus;

4) at der af medlemmer, som under sygdom oppebærer fuld eller (delvis indtægt, jfr. § 18, stk. 8, betales et lavere medlemsbidrag end det for kassens medlemmer almindelige;

5) at medlemsbidraget sættes højere for medlemmer, der ved optagelsen har overskredet en i kassens vedtægt fastsat aldersgrænse;

6) at der kun ydes pengehjælp for en sygdom, der varer over 7 dage;

7) at der ikke ydes pengehjælp for drankersygdomme eller for sygdomme, hidrørende fra slagsmål, som er foranlediget af medlemmet selv;

8) at der ydes hjælp til et medlems børn, selv om han er fritaget for at yde bidrag til kassen på grund af indkaldelse til militærtjeneste;

9) at kassen yder tandpleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler;

10) at kassen yder hjemmesygepleje efter nærmere af socialministeren fastsatte regler;

11) at kassen betaler for medlemmers ophold på de af socialministeren godkendte rekreationshjem;

12) at kassen ved visse sygdomstilfælde betaler $\frac{3}{4}$ af udgiften til visse arter af medicin, som lægen ordineret, og som ikke omfattes af § 18, stk. 1, nr. 4-5. De nærmere regler om, hvilke sygdomstilstande og hvilke arter af medicin, der omfattes af denne bestemmelse, fastsættes og offentliggøres af socialministeren efter indstilling af sundhedsstyrelsen«.

Såvidt man kan se, må der ved revisionen af loven ske visse ændringer af disse bestemmelser, f. eks. på grund af, at senere lovgivning har gjort det til en pligt for samtlige sygekasser at åbne adgang for i forbindelse med de respektive kommuner at yde hj emmesygepleje e.

»D.K.« ønsker at fremsætte følgende bemærkninger til § 22, *stk. 1*:

ad 2) Denne bestemmelse er forlængst forældet.

I nutidens industrielle samfund beror et ægtepars økonomiske forhold i mangfoldige tilfælde i lige så høj grad på hustruens som på mandens personlige arbejdsindtægt, således at det kan blive katastrofalt, om hun ikke har sikret sig dagpenge - og tilstrækkelige dagpenge - under sygdom. Dette gælder i endnu højere grad for de enligstillede kvinder, der lever af deres arbejde og måske har børn eller mand at forsørge, samt for de kvinder, der bliver alene i 40-årsalderen eller senere, hvor man er afskåret fra at tegne dagpenge eller forhøje allerede tegnede dagpenge og ser sig tvunget til fremtidigt at skulle leve af eget arbejde.

Man finder det endvidere urimeligt at afskære unge mandlige medlemmer under 18 år, der har selvstændig arbejdsindtægt, fra at tegne dagpenge, så meget mindre som dagpengenes størrelse i loven er afgrænset til højst ³A af medlemmets sædvanlige indtægt.

Som samfundets udvikling har formet sig, bør efter »D.K.«s skøn § 22, *stk. 1, nr. 2*, helt falde bort.

ad 3) »D.K.« ønsker denne bestemmelse ændret til:

»at pengehjælpen under ophold på sygehus nedsættes med et beløb svarende til den gennemsnitlige udgift for kosten pr. patient på vedkommende sygehus.«

Dette er et beløb, der kan beregnes, medens det er umuligt i hvert enkelt tilfælde at beregne, hvor stor den daglige kostudgift pro persona er i det pågældende hjem, og

det er jo i realiteten dette beløb, patienten sparer under sit sygehusophold.

Det er derimod efter »D.K.«s opfattelse urimeligt at fradrage mere - endsige at lade dagpengeydelsen helt bortfalde - under sygehusophold, idet man må erindre, at alle faste udgifter i hjemmet uforandret skal udredes, uanset at et familiemedlem ligger på sygehuset - eventuelt netop det familiemedlem, på hvem hele familiens økonomi beror.

Denne bestemmelse, såvel som bestemmelsen i

8) om ydelse af hjælp til et medlems børn, når vedkommende medlem er indkaldt til militærtjeneste, bør enhver sygekasse have optaget som pligtig ydelse i sin vedtægt.

ad 7) Da alkoholisme ifølge lægevidenskabens nugældende opfattelse *er* en sygdom, mener »D.K.«, at det vil være i overensstemmelse hermed, om denne bestemmelse bortfaldt, og at »drankersygdomme« behandles som sygdom også inden for folkeforsikringsloven.

Med hensyn til bestemmelsen om »sygdomme, der hidrører fra slagsmål, som er foranlediget af medlemmet selv« skønner »D.K.«, at også dette punkt bør udgå, idet afgørelsen af, hvem der »foranledigede slagsmålet« må antages at henhøre under domstolene.

ad 9) Når det visse steder har mødt store vanskeligheder at få tandlægerne med til gennemførelsen af den skoletandpleje, som fra alle sider anses for et overordentligt stort hygiejnisk fremskridt, skyldes det ikke mindst, at de børn, der ved skolepligtens indtræden møder op i skolen, for størstedelens vedkommende har så forsømte tænder, at der forestår skoletandlægerne et uforholdsmæssigt »førstearbejde« med disse børn. Dette ville efterhånden bortfalde, hvis alle sygekasser ydede tandlægehjælp, så børnene kunne få behandlet deres tænder, når det krævedes — også inden skolealderen. Det er statistisk påvist, at velstående forældres børn har væsentligt bedre passede tænder ved første undersøgelse i skolen end børn fra min-

dre bemidlede hjem, hvilket tyder på, at det er den »dyre« tandslægehjælp, der virker afskrækkende på forældrene.

Det er også nedslående at se, hvor ofte de, der går ud af skolen med velbehandlede tænder, derefter forsømmer al videre tandlægebehandling til skade for deres helbred, hvilket omfattende sessionsundersøgelser har påvist.

Det vil sikkert betyde et stort hygiejnisk fremskridt, om ydelsen af tandlægehjælp fremtidig blev en *pligtig* ydelse, idet en ikke uvæsentlig hindring for tandplejens fortsættelse ud over skolealderen da ville være fjernet.

Efter Dansk Kvindesamfunds skøn bør nr. 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10 og 11 overføres til § 18, stk. 1 som *pligtige ydelser* - alle med de ændringer, som man ovenfor har stillet forslag om.

Om bevarelsen af nr. 6 og 11 som valgfri skal man ikke udtale sig. Derimod henstiller man, under henvisning til ovenstående argumentation, at nr. 2 og 7 helt udgår.

København, den 2. oktober 1957.

med ærbødighed

for Dansk Kvindesamfund
sign. Karen Rasmussen
landsformand.

Underbilag til BILAG 4.

Norge:

ARBEIDERVERNLOVEN FRA 1936

har bestemmelser om yrkeskvinnens arbeidsrettslige stilling under svangerskap og ved fødsel. Hovedbestemmelser er samlet i § 25, hvorav det fremgår, at kvinne med mindst 3 dagers varsel etter attest fra lege eller jordmor kan kreve at være arbeidsfri i de siste 6 uker før hun venter barn.

Når det gj elder tiden etter fødselen, heter det, at hun »bør« være arbeidsfri de første 6 uker etter nedkomsten. Hvis hun ved legeattest godtgør, at hun lider av sykdom, som er en følge av svangerskapet eller fødselen, kan hun kreve at være arbeidsfri i inntil 6 uker til.

Det er en klar konsekvens av disse regler, noe som for øvrigt også uttrykkelig er sagt i loven, at kvinnen ikke kan sies opp fra sitt arbeid på grund av svangerskap eller fødsel. Lønn i fraværstiden har hun imidlertid ikke krav på, men det heter i § 25, at hun kan

kreve hjelp av det offentlige »etter den til enhver tid gjeldende lovgivning herom«, og at denne hjelp ikke skal regnes som forsorgshjelp.

§ 25 gir også kvinnen adgang til at kreve fri i arbeidstiden minst V2 time to ganger daglig for å amme barnet.

Der er i 1956 fremsatt proposisjon om en rekke endringer i arbeidervernloven. Bl. a. er foreslått, at en kvinne *skal* være fri arbeidet de første 6 uker etter at hun har født barnet, og at hun kan kreve at være fri i inntil 6 uker til. Hun kan selv bestemme, om hun vil ta disse 6 uker før eller etter fødselen. Hvis kvinnen ved legeattest godtgør, at hun lider av sykdom, som er en følge av svangerskapet eller fødselen, kan hun kreve at få fri i ytterligere 6 uker, slik at den samlede fritid i anledning av svangerskapet og fødselen kan bli inntil 18 uker.

LANDSFORENINGEN RING I RING
Grenågade 7, København 0.

København, den 24. februar 1958.

TIL FOLKETINGETS SYGEKASSEKOMMISSION

Arbejdet med udbredelse af kendskabet til alkoholisme som sygdom anses af landsforeningen Ring i Ring som værende foreningens vigtigste opgave.

Stort set har man i videste kredse tilsluttet sig dette af lægevidenskaben fastslåede synspunkt. En umiddelbar følge heraf bør være alkoholikerens ret til samme goder, som i vort samfund bliver andre syge til del.

I den anledning tillader landsforeningen sig at anmode om, at alkoholisme ved revision af den bestående sygekasselovgivning må opnå ligestilling med andre sygdomme med hensyn til sygekasseydelse.

Man undlader ikke at pege på problemets overordentligt store betydning under henvisning til alkoholismens omfang i vort folk.

I håb om kommissionens velvillige behandling af vor anmodning forbliver vi
med højagtelse

Landsforeningen
RING I RING

sign. Carl Erik Petersen,
formand.

¹⁾ Se side 215.

BILAG 6¹).

LANDSFORENINGEN RING I RING
Grenågade 7, København 0.

København, den 27. april 1938.

FOLKETINGETS SYGEFORSIKRINGSKOMMISSION

Under henvisning til landsforeningens skrivelse af 24-2-58 til den af folketinget nedsatte sygeforsikringskommission skal man herved tillade sig at tilsende Dem afskrift af brev fra sygelønsfondsudvalget.

Som det vil fremgå af denne skrivelse, henvises alkoholikeres ret til udbetaling af sygeløn i sidste instans til sygeforsikringskommissionen. Imidlertid anfører sygelønsfondsudvalget i sit brev, at alkoholikere, som har påbegyndt behandling af sygdommen, stort set allerede idag får ret til sygeløn.

Denne opfattelse deles af landsforeningen, men vi ønsker gerne samtidig at påpege, at udbetaling af sygeløn i sådanne tilfælde finder sted efter sygemeldinger fra læge lydende på andre sygdomme end alkoholisme,

idet man, oftest for at kunne retfærdiggøre udbetaling, anvender andre sygdomsbetegnelser, som allerede er godtaget som givende ret til udbetaling af sygeløn, såsom nerve-lidelser, nervesammenbrud m. m.

Landsforeningen tillader sig at henlede opmærksomheden på det uheldige i dette forhold, og skal samtidig høfligst anmode den ærede kommission om ved revision af sygekasselovgivningen at medtage dette forhold.

Med højagtelse

Landsforeningen
RING I RING

sign. Møller, sekretær.

Underbilag til **BILAG 6**

AFSKRIFT AF BREV TIL LANDSFORENINGEN RING I RING FRA SYGELØNSFONDSUDVALGET

I en skrivelse af 2. februar d. å har foreningen udbedt sig en udtalelse om, i hvilken udstrækning alkoholikere efter Sygeløns-

fondsudvalgets opfattelse har ret til dagpenge under behandling for drankersygdomme. Foreningen har som sin opfattelse anført, at en alkoholiker, som har påbegyndt

i) Se side 215.

behandling af sin sygdom efter aftale med en læge eller et ambulatorium for alkoholskadede, bør have samme ret til sygeløn som patienter, der er under behandling for andre sygdomme.

I denne anledning skal vi meddele, at bestemmelsen i sygelønsaftalens pkt. 5 d om, at der ikke ydes dagpenge i tilfælde, hvor arbejdsudygtigheden skyldes drankersygdomme, er hentet fra sygekassernes vedtægter, og at spørgsmålet under udarbejdelsen af sygelønsordningen i 1956 blev indgående drøftet i det daværende sygelønsudvalg. Der var den gang enighed om, at det var nødvendigt, at sygelønsordningen fulgte sygekassernes almindelige praksis på dette område, men at

bestemmelsen i pkt. 5 d ville blive ophævet, så snart sygekassernes vedtægter måtte blive ændret på dette punkt.

I øvrigt er det Sygelønsfondsudvalgets opfattelse, at alkoholikere, som har påbegyndt behandlingen af sygdommen efter aftale med læge eller ambulatorium, stort set allerede i dag får ret til sygeløn, såfremt de øvrige betingelser herfor måtte være opfyldt.

Spørgsmålet om drankersygdommenes placering i relation til sygekasseydelseerne bør efter udvalgets opfattelse finde sin afgørelse i Sygeforsikringskommissionen af 1954, som for tiden arbejder med en revision af sygekasselovgivningen.

BILAG 7¹).

DANSK TANDLÆGEFORENING
Østerbrogade 4, København 0.

27. juni 1959.

Dansk Tandlægeforenings kommentarer til følgende to afsnit i kapitel 11 i betænkningen fra »Sygeforsikringskommissionen af 1954« : afsnit II H om »tandpleje« og afsnit III om »afslutning af overenskomster mellem syge- og fortsættelsesygekasser og organisationer af læger, tandlæger m. f 1. « :

Vedr.: afsnit II, punkt H, »Tandpleje«.

I 3. stykke udtaler »underudvalget om sygeforsikringens ydelser« følgende: »Efter overenskomsterne ydes hjælpen i København efter takst I, d. v. s. med et årligt honorar pr. medlem, hvilket honorars størrelse afhænger af forholdet mellem det samlede medlemstal og det antal medlemmer, der har søgt tandlægehjælp for kassens regning. Der betales af disse kassers medlemmer en kontrolafgift for de enkelte ydelser.«

Man skal hertil bemærke, at det årlige honorar fra de københavnske sygekasser til de københavnske tandlæger fremkommer som summen af honorarerne for samtlige i det foregående kalenderår udførte, tilskudsberettigede behandlinger, kalkuleret efter fuld ydelsestakst (takst II) med fradrag af summen af de af patienterne for disse behandlinger erlagte kontrolafgifter, divideret med antallet af nydende medlemmer af de københavnske sygekasser i dette foregående år. Det således fremkomne honorar pr. nydende sygekassemedlem efter ydelsestakst dette foregående år, benyttes det følgende år, således at sygekasserne til en pulje indbetaler dette beløb multipliceret med antallet af ny-

1) Se side 157.

dende medlemmer dette følgende år. Fordelingen af puljen (sygekassernes årshonorar) til tandlægerne foretages i forhold til de af tandlægerne dette følgende år udførte behandlinger.

Det vil heraf - i modsætning til den af »underudvalget om sygeforsikringens ydelser« givne fremstilling af forholdene - ses, at den i København ved overenskomst fastsatte honoreringsform, har meget lidt at gøre med det såkaldte takst I-begreb indebærende som hos lægerne et fra år til år fast (omend dyrtidsreguleret) årligt honorar pr. nydende medlem af sygekasserne, i hvilken forbindelse tilføjes, at det af underudvalget her anførte: »forholdet mellem det samlede medlemstal og det antal medlemmer, der har søgt tandlægehjælp for kassens regning«, den såkaldte patientfrekvens ganske vist er anført i den nugældende overenskomst, men hidtil har været *helt* uden betydning for beregningen af sygekassernes andel i honoraret og også må forventes at være det fremefter.

I 5. stykke anfører underudvalget, at der i overenskomsterne er fastsat takster for »smertestillende forbehandling ved tandfyld-

ning uden for rodbehandling« samt, at »i de andre kasser gælder en takstafale ligesom den nævnte om proteser m. v.«. Tandlægeforeningen beklager ikke at kunne se, at noget sådant er tilfældet.

Under »c, udvalgets forslag«, foreslår udvalget i første stykke: »Sygekasserne bør yde tilskud med halvdelen, eventuelt mere, hvis den enkelte kasse vedtager det, til konserverende tandpleje, således at ydelsen er obligatorisk for sygekasser på steder, hvor der findes en skoletandplejeordning, idet udvalget anser det for rimeligt, at der efter skolegangens slutning overalt bliver adgang til at fortsætte tandplejen gennem sygekasserne. For de øvrige kasser må der fremdeles alene være tale om en frivillig ydelse.«

Dansk Tandlægeforening skal hertil indledningsvis udtale, at spørgsmålet om, hvorvidt tandlægehjælp (egentlig konservativ tandpleje) på linie med, hvad der er tilfældet med lægehjælp, bør være obligatorisk ydelse for sygekasserne, efter organisationens opfattelse, bør løses udelukkende under hensyntagen til, hvad der tjener befolkningens interesser og sundhed bedst, i hvilken forbindelse for en ordens skyld skal tilføjles, at den omstændighed, at så stor en del som godt 84 pct. af sygekassernes nydende medlemmer har adgang til egentlig konservativ tandpleje med tilskud fra vedkommende sygekasse selvsagt bevirker, at spørgsmålet er af underordnet betydning for tandlægeforeningen, såfremt foreningen kun anlagde et snævert fagorganisatorisk syn herpå.

Netop i de sygekasser, hvor skolebørnene ikke har adgang til skoletandpleje, tiltrænges konservativ tandpleje med tilskud fra sygekassen i særlig høj grad, og modsat vil i mangfoldige tilfælde de unge, der forlader en skole med dertil knyttet skoletandpleje, komme i lærepladser, stillinger eller på anden måde komme ud at tjene udenfor det af forældrenes sygekasse omfattede område og således efter udvalgets forslag eventuelt blive optaget som medlem af en sygekasse, der ikke yder tilskud til konservativ tandpleje.

Tandlægeforeningen må af hensyn til be-

folkningens interesser stærkt tage afstand fra det af underudvalget fremsatte - efter organisationens opfattelse helt inkonsekvente forslag - og i stedet anbefale, at egentlig konservativ tandpleje, eller i alle tilfælde tilskud hertil, gøres til en obligatorisk ydelse for sygekasserne.

Man skal endvidere tillade sig at henvise til, at såfremt hovedkommissionens forslag om en omorganisering af det i den nugældende folkeforsikringslovs § 25 omhandlede voldgiftsråd til også at omfatte sygekassernes overenskomster med tandlæger, gennemføres, må det forekomme tandlægeforeningen en rimelig konsekvens heraf, at tandlægehjælpen gøres obligatorisk på linie med lægehjælpen. Man tillader sig i øvrigt at henvise til de om dette forslag til slut fremsatte kommentarer.

Underudvalgets forslag i 2. stykke om indførelse af systematisk tandpleje med regelmæssige eftersyn og behandlinger kan tandlægeforeningen stærkt anbefale, ligeledes af hensyn til patienterne, og man skal her tillade sig at henvise til, at dette forslag sidst har været fremført af Dansk Tandlægeforening overfor De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark i forbindelse med den mellem parterne bestående til ophør den 1. april d. å. opsagte, men midlertidigt forlængede overenskomst gældende for provinsen, hvor man i skrivelse af 31. marts d. å. til samvirksomheden har anført følgende:

»Det forhold, der ligger tandlægeforeningen mest på sinde af hensyn til befolkningen, er at søge den mere sporadiske tandpleje, hvorpå den nugældende sygekasseoverenskomst er baseret, afløst af en egentlig systematisk tandpleje med de ændringer i overenskomstforholdet, som dette måtte indebære.«

I sidste stykke anfører underudvalget, at »det anses for ønskeligt, at også fortsættelsesygekasserne yder tilsvarende erstatning for udgifter til konserverende tandpleje. Det er udvalget bekendt, at fortsættelsesygekas-

serne herved forudsætter, at der oprettes og består en overenskomst mellem dem og tandlægeforeningen om behandlingstaksterne.«

Tandlægeforeningen kan **fuldtud anbefale**, at fortsættelsesygekasserne yder tilskud til tandlægebehandling, således at patienterne som hidtil erlægger det fulde honorar til tandlægen og patienten derefter ved henvendelse til sin fortsættelsesygekasse får refunderet en del af honoraret efter nærmere fastsatte regler.

Med hensyn til den af fortsættelsesygekasserne gjorte forudsætning om en overenskomst, må tandlægeforeningen henvise til, at der den bekendt ikke består nogen overenskomst mellem Den alm. danske Lægeforening og fortsættelsesygekasserne om fortsættelsesygekassernes refusion af honorarer for lægehjælp ydet medlemmerne af disse kasser, og så længe et overenskomstforhold af denne art ikke består, må man fra tandlægeforeningens side forbeholde sig sin nærmere stillingtagen til spørgsmålet om indgåelse af en overenskomst mellem fortsættelsesygekasserne og tandlægeforeningen.

I anledning af hovedkommissionens bemærkninger til det af underudvalget om tandpleje udarbejdede afsnit kan tandlægeforeningen fuldt ud tilslutte sig og stærkt anbefale, at sygekasserne får adgang til at refundere de af nydende medlemmer af sygekasserne erlagte honorarer for kæbekirurgisk behandling og paradentosebehandling foretaget hos tandlæger.

Specielt må det påpeges, at der i overenskomst om behandling af nydende medlemmer af sygekasserne hos øre-, næse- og halslæger er fastsat honorar for »operation på kæberne for tandlidelser og lignende«, hvilket honorar erlægges fuldt ud af sygekasserne.

Det må forekomme tandlægeforeningen rimeligt, at der indføres regler, således at en patient, der får foretaget et kæbekirurgisk indgreb hos en tandlæge, ikke stilles ringere eller anderledes overfor sin sygekasse, end hvis det samme indgreb var blevet foretaget på patienten hos en øre-, næse- og halslæge.

Vedr.: afsnit III »afslutning af overenskomster mellem syge- og fortsættelsesygekasser og organisationer aflæger, tandlæger m. //.«

Dansk Tandlægeforening kan kun tiltræde det af fhv. borgmester P. J. Pedersen fremsatte forslag, forsåvidt angår en udvidelse af det i den nugældende folkeforsikringslovs § 25 bestående voldgiftsråds område til også at omfatte overenskomster mellem sygekasser og tandlægeforeningen med den deraf følgende tandlægelige repræsentation i rådet, men i øvrigt med bevarelse af de nugældende bestemmelser om voldgiftsrådets beføjelser og hele virke.

Dansk Tandlægeforening har allerede benyttet denne sin indstilling til voldgiftstanken i praksis. Tandlægeforeningen har således til ophør den 1. april d. å. opsagt den mellem De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og Dansk Tandlægeforening bestående overenskomst om tandlægebehandling uden for København og Færøerne. Da afstanden mellem parternes synspunkter under forhandlingerne viste sig at være så stor, at mulighederne for at opnå et resultat ved fortsatte forhandlinger mellem parterne måtte betegnes som udtømte, enedes man på forslag fra Da ask Tandlægeforenings side om at forelægge honorar-spørgsmålet for en voldgiftsret bestående af en absolut uvildig dommer med 2 repræsentanter fra hver af de 2 parter som bisiddende, valgt af vedkommende organisation inden det første møde blandt dette forhandlingsudvalgs medlemmer.

Dommerens primære opgave vil være at søge at mægle forlig mellem parterne og såfremt et sådant ikke nås, da bistået af de nævnte 2 repræsentanter fra hver af parterne at afsige en motiveret kendelse om størrelsen af de honorarer, der — under hensyn til det af parterne fremførte og efter den uvildige dommers bedste overbevisning - bør indsættes i den til 1. april d. å. opsagte, midlertidigt forlængede overenskomst, og herunder fra hvilken dato, denne nye overenskomst bør være gældende. Denne kendelse vil være at forelægge for de to organisationers kom-

petente forsamlinger til vedtagelse resp. forkastelse.

Tandlægeforeningen kan tilslutte sig flertallet i hovedkommissionen, der ikke har ment at kunne gå ind for det stillede forslag om afgørelse af interessekonflikter ved tvungen voldgift.

Til hovedkommissionens drøftelser af, om der måtte være fordele forbundet med, at der stilles en mæglingsmand til parternes rådighed på det tidspunkt af forhandlingerne, hvor sagen endnu ikke er indbragt for voldgiftsrådet i analogi med, at der ved lov af 22. januar 1958 om ændringer i lov om mægling i arbejdsstridigheder er åbnet mulighed for forligsmandens medvirken i ar-

be j dsmarkedets overenskomstforhandlinger på et tidligere tidspunkt end hidtil, skal tandlægeforeningen anbefale, at der på begæring af én af parterne under forhandlingerne, inden beslutning om indbringelse af sagen for voldgiftsrådet måtte være truffet, kan stilles en mæglingsmand til rådighed ved de fortsatte forhandlinger.

Med højagtelse

DANSK TANDLÆGEFORENING

for hovedbestyrelsen

sign. *Ib Dragheim*

sign. *V. Stenning*

